FACULTE DE MEDECINE SAINT ANTOINE

PARIS VI

---

ANNEE 1973

111

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

diplome d'état

par

Odile LANGLOIS-ZANTAIN

Née le 13 septembre 1945 à BOIS COLOMBES (92)

Interne des Hôpitaux de PARIS

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

# A PROPOS DE DOUZE CAS DE CYSTADENOMES BENINS ET MALINS DU PANCREAS

---

Président : M. Jean GOSSET, Professeur

Imprimerie PHOTO BL, 90 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542715_0027

FACULTE DE MEDECINE SAINT ANTOINE

PARIS VI

---

ANNEE 1973

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

diplome d'état

par

Odile LANGLOIS-ZANTAIN

Née le 13 septembre 1945 à BOIS COLOMBES (92)

Interne des Hôpitaux de PARIS

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

# A PROPOS DE DOUZE CAS DE CYSTADENOMES BENINS ET MALINS DU PANCREAS

---

Président : M. Jean GOSSET, Professeur

Imprimerie PHOTO BL, 90 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

## Maitres de conférences

| | | |
|---|---|---|
| MM. | AKOUN G. | Médecine |
| Mme | ARON D. | Ophtalmologie |
| MM. | AMSTUTZ P. | Réanimation |
| | APOIL A. | Orthopédie |
| | ARDAILLOU R. | Physiologie |
| | ATTAL | Pédiatrie |
| | BAUX S. | Chirurgie |
| | BOURY G. | Chirurgie |
| | CHEYMOL G. | Pharmacologie |
| | CHOUARD C. | ORL |
| | CLOAREC M. | Médecine |
| Mme | COMBRISSON A. | Hématologie |
| MM. | DECROIX G. | Pneumo-phtysiologie |
| | DELIGNE G. | Anesthésiologie |
| | DOYON D. | Radiologie |
| | FONTAINE J.L. | Pédiatrie |
| | FOUET P. | Thérapeutique |
| | GAUTIER H. | Physiologie |
| | GRUNER M. | Chirurgie infantile |
| | GUILMET C. | Anesthésiologie |
| | GUIRAUDON G. | Anatomie |
| | HERMAN D. | Médecine |
| | HUGUET C. | Chirurgie |
| MM. | HUGUIER M. | Chirurgie |
| | KRULICK M. | Medecine |
| | LASFARGUES G. | Pédiatrie |
| | LAUGIER A. | RRadiologie |
| | LEVY V. G. | Medecine |
| | MALAFOSSE M. | Chirurgie |
| | MENSH B. | Biophysique |
| | MERY J.P. | Nephrologie |
| Mme | MIGNON F. | Néphrologie |
| MM. | NAJMAN A. | Hématologie |
| | NICOLLE M. | Neurologie |
| | OPOLON J. | Médecine |
| | PAQUELIN F. | ORL |
| | PISSARO B. | Medecine préventive |
| | RAMPINI C. | Biochimie |
| | RICHARDET J.M. | Pédiatrie |
| | ROLAND J. | Anatomo-pathologie |
| | SALAT J. | Obstétrique |
| | SALMON C. | Hematologie |
| | SANTARELLI J. | Obstérituqe |
| | WARGON H. | Med. Expérimentale |
| | WEINMANN S. | Biochimie |
| | WITCHITZ S. | Cardiologie |

UNIVERSITE PARIS VI

---

# F A C U L T E  D E  M E D E C I N E  S A I N T  A N T O I N E

---

## Professeurs titulaires

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MM. | ANDRE R. | Hematologie | MM. | GIRARD F. | Physiologie |
| | BRISSAUD H. | Pédiatrie | | GOSSET J. | Chirurgie |
| | BROCARD R. | Médecine | | GOLVAN J.J. | Parasitologie |
| | CAROLI J. | Médecine | | HUGELIN A. | Physiologie |
| | CATINAT J. | Cardiologie | | LAPLANE R. | Pediatrie |
| | CERBONNET G. | Chirurgie | | LELORIER G. | Obstétrique |
| | CHALUT J. | Radiologie | | LOEPER J. | Immunologie Med. Exp. |
| | CH2RIGIE E. | Radiologie | | LOYGUE J. | Chirurgie |
| | CHIGOT P.L. | Chirurgie infantile | | MAROIS M. | Histologie |
| | CONTAMIN F. | Neurologie | | MERGER R. | Obstétrique |
| | CONTE M. | Médecine | | MILHAUD G. | Biophysique |
| | DAGUET L. | Bactériologie | | NiCK J. | Neurologie |
| | DEBRAY J. | Médecine | | ORCEL L. | Anatomo-pathologie |
| | DRY J. | Médecine | | PERRAULT M. | Médecine |
| | FLABEAU F. | Chirurgie | | POLONOVSKI Cl. | Pédiatrie |
| | GERBEAUX J. | Thérapeutique | | POLONOVSKI J. | Biochimie |
| | | | | RICHET J. | Néphrologie |

## Professeurs sans chaire

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MM. | BRICOUD F. | Bactériologie | MM. | PICARD J. | Biochinmie |
| Mme. | CHAPUT A. | Stomatologie | | ROUX Ch. | Embryologie |
| MM. | DUHAMEL G. | Hématologie | | PIERON R. | Pneumo-phtysiologie |
| | LESTRADET H. | Pediatrie | | | |

## Enseignants associés

MM. ELIAKIS E. Médecine légale

---

## Enseignants contractuels

MM. KIRSCH F. Physiologie biochimique

---

## Chargés d'ensignement

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MM. | BENOIST | Rhumatologie | MM. | DUNET | Endocrinologie |
| | BRUEZIERE | Chirurgie infantile | | LOFFREDO | Obstétrique |
| | CRISTOL | Cardiologie | | SALOMON | Rhumatologie |

---

## Attachés d'enseignement

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| MM. | CASASSUS | Cardiologie | MM. | HIVET | Chirurgie |
| | COUVREUR | Thérapeutique | | MIGNOT | Neurologie |
| | DESLAURIER | Neurologie | | SAUVAN | Cardiologie |
| | GALLOUEDEC | Pneumologie | | VANNIER | Pneumologie |

A mon mari,
A mon fils,

A mes parents,
A ma soeur,

A mes amis,
A tous ceux qui m'ont aidée à achever ce travail.

A mon Maître le Professeur Jean GOSSET.

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Chirurgie.
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma profonde reconnaissance
et de mon respectueux attachement.
Il m'a fait l'honneur et la joie de
présider cette thèse.

A mon Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Charles Louis CHATELIN.

Il a bien voulu me confier ses dossiers pour mener à bien ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond attachement.

A Monsieur le Docteur Marc HIVET.

Il m'a proposé le sujet de cette thèse.
Ses conseils éclairés et amicaux m'ont été précieux au cours de la rédaction de ce travail.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Bertrand LAGADEC.

Son amitié a toujours été pour moi une aide précieuse.

# INTRODUCTION

Nous rapportons dans cette thèse 12 observations de cystadénomes bénins et malins du pancréas.

Ces tumeurs ne sont pas très fréquentes puisque nous n'en relevons que 200 cas environ dans la littérature.

Les malades de cette série ont été opérés dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur GOSSET, et dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur CHATELIN.

Nous allons essayer de revoir les divers problèmes qui se posent devant de telles tumeurs, et de leur trouver une solution possible.

Le premier problème est d'en faire le diagnostic, sachant que seule l'histologie pourra affirmer qu'il s'agit d'un cystadénome.

Se pose ensuite le problème de sa nature. C'est souvent un problème facile à résoudre devant le microscope.

Enfin, surtout, il faut définir une conduite thérapeutique connaissant le risque évolutif d'une part, et le risque opératoire d'autre part.

## HISTORIQUE - GENERALITES

Les cystadénomes et cystadénocarcinomes du pancréas sont classiquement des tumeurs rares. Le premier cas a été décrit en 1911 par KAUFMANN.

Depuis cette date, progressivement, le nombre de cas publiés a augmenté ; plus grande fréquence de la maladie ou progrès dans l'interprétation des coupes histologiques.

Nous avons relevé dans la littérature environ 200 cas de kystes bénins et 70 de kystes malins.

Ces tumeurs s'observent électivement dans le sexe féminin. Dans notre série, il y a trois hommes pour neuf femmes, mais cette proportion est encore excessive, car, dans les publications, nous relevons un seul homme pour six femmes. Elles intéressent tous les âges. Notre plus jeune cas a seize ans. Trois autres cas ont moins de vingt ans dans la littérature (7-23-49). Nous avons deux cas entre 20 et 30 ans, et entre 30 et 40 ans ; un entre 40 et 50 ans , trois entre 50 et 60, et trois entre 60 et 70 ans. L'âge optimum se situe, en principe, entre 60 et 70 ans. Nous en avons noté jusqu'à 90 ans (7).

Nos malades n'avaient aucun antécédents digestifs notoires. En dehors des lithiases vésiculaires qui peuvent être la circonstance de découverte d'une tumeur latente, aucune affection n'apparaît de façon significative.

Il a été décrit un certain nombre de causes prédisposantes :

- un traumatisme a été souvent invoqué. Il peut révéler un kyste latent en provoquant une hémorragie intra-kystique voire une rupture, mais il demeure exceptionnel dans la génèse d'un kyste glandulaire (on invoquerait un réveil brusque de l'activité glandulaire).

- Certaines intoxications ou maladies infectieuses ont été incriminées sans grande raison.

- Enfin, certains auteur (14), ont souligné le rôle de la grossesse qui entraînerait des troubles circulatoires et favoriserait ainsi l'accroissement du volume du kyste. Il n'est relaté dans la littérature qu'un seul kyste découvert au cours d'une grossesse. (44)

...

Les cystadénomes et cystadénocarcinomes se localisent dans les trois régions pancréatiques, peut être préférentiellement dans la portion caudale. Dans notre série 7 cas sont distaux, 2 cas corporéaux et trois cas céphaliques. Dans la littérature la proportion est différente : localisation céphalique 25%, corporéale 28 %, caudale 32%. Nous n'avons aucun cas de double localisation. Elles représentent pourtant 16% des cas publiés. Nous n'avons relevé aucun cystadénome sur pancréas ectopique ; il ne semble pourtant pas illogique de penser qu'une telle localisation puisse exister.

Nos douze cas comprennent 6 cystadénocarcinomes et 6 cystadénomes. La proportion est inversée par rapport à la majorité des observations où l'on dénombre 3 cystadénomes pour un cystadénocarcinome. Le degré de malignité est difficile à définir et les espérances de survie très variables : 7 malades porteurs d'une forme bénigne, non enlevée, ont été réopérés au bout d'un temps variable ; chaque fois la tumeur était maligne à la réintervention (7-46-59-77).

Parmi nos 6 cystadénocarcinomes 4 sont en vie. Un a survécu 19 années et est décédée d'accident vasculaire cérébral. L'autre est décédé de son carcinome. Parmi les survivants un est bien 8 ans plus tard ; pour les autres le recul est de 4, 3 et 1 ans.

| OBS. | Localisation | Signes Révélateurs | Type de douleur | Examens radiologiques |
|---|---|---|---|---|
| N°1 TAM.. | Queue | Douleur<br>VS accélérée | Hypochondre gauche<br>Irradiations post.<br>Par crises<br>Depuis 2 ans | Normaux |
| N°2 HAM.. | Queue | Masse isolée<br>Découverte fortuite | | Compression, refoulement à dte de la gde courbure<br>Abaissement de l'angle gauche<br>Refoulement du rein gauche |
| N°3 HAR.. | Queue | douleurs, éructations, fièvre, anorexie, amaigrissement<br>masse de HG | hypochondre gche à type de brulure post-prandiale, depuis un an | Encoche et refoulement de la grosse tubérosité |
| N° 4 BET.. | Queue | Anémie, moelena occulte, hypertension portale | secondairement ds l'HD. | varices de la grosse tubérosité, refoulement en avant du corps de l'estomac |
| N° 5 GRE.. | Tête | Ictère | | per-opératoire : rétrécissement du bas choledoque, dilatation en amont. |
| N°6 CAE.. | Queue | douleurs, masse HG<br>Etat de choc | de l'HG et du flanc gche par crises, depuis quelques mois. Symcopale, en urgence | Iléus paralytique, avec opacité de HG |

| OBS. | Localisation | Signes Révélateurs | Type de douleur | examens radiologiques |
|---|---|---|---|---|
| N°7 GIU.. | Queue | douleurs, diarrhée, asthénie, insomnie anorexie, amaigrissement. | de l'HG à irradiations dorsales depuis 2 ans | compression face postestomac refoulement tronc coeliaque encoche sur A. splénique. arrêt sur V. splénique Encoche à la gammagraphie. |
| N°8 VAS.. | Corps | douleurs, amaigrissement. | epigastriques à irradiations post. depuis 6 mois | rétrécissement A. splénique Brisures des A. corporéales. |
| N°9 REB.. | Corps | douleurs, tr. digest. asthénie, anorexie, amaigrissement, ictère. | Epigastriques postprandiales, et HD depuis 30 ans | refoulement de la portion verticale de l'estomac |
| N°10 BOM.. | Tête | douleurs, éructations hoquet, amaigrissement | Epigastriques à type de brulure, irradiations dorsales depuis 3 mois. | compression du second duodénum |
| N° 11 CAD.. | Tête | douleurs, masse | Epigastriques post prandiales par crises depuis 1mois | refoulement et compres- antro-pylorique variables avec la position. |
| N°12 GUI.. | Queue | Douleurs, voussure del' HG | de HD, par crises depuis 8 jours | compression estomac, colon et rein gauche. |

## CLINIQUE

Les signes révélateurs de ces tumeurs pancréatiques sont très variés, dominés par les douleurs ou la découverte fortuite d'une masse palpable.

Classiquement, les kystes ne se manifestent que lorsqu'ils atteignent 6 centimètres et plus de diamètre, avec une symptomatologie d'emprunt, selon les organes qu'ils irritent ou qu'ils compriment.

La douleur est le signe le plus fréquent, mais non caractéristique.

Elle peut être due à une hypertension intra-tumorale et se limiter à une douleur fixe épigastrique ou de l'hypochondre gauche, selon la localisation tumorale. Ceci est illustré par le cas rapporté par DELANNOY (14) : sa malade souffrait lorsqu'elle portait une gaine ou un pantalon sérré.

Elle peut aussi être due à la compression d'un organe de voisinage : douleur solaire, irradiations à l'épaule droite, ou gauche, douleur dorsale, pelvienne. MURRAY (50), rapporte le cas caractéristique d'une malade qui avait une douleur telle à la station debout qu'elle devait rester allongée pour être calmée.

Il faut mettre à part les douleurs d'une affection associée ; rappelons la fréquence des lithiases biliaires, mais aussi des lésions gastriques, ulcère ou cancer, décelées par le bilan clinique et radiologiques.

### OBS. N° 1

Madame TAM... Caroline est agée de 31 ans en 1969

Depuis 1967, elle se plaint de douleurs de l'hypochondre gauche à irradiations postérieures basses, qui surviennent par périodes de plus ou moins longue durée, mais n'entravent pas la vie courante.

A partir de juillet 1969, elle souffre tous les jours.

L'altération de l'état général est peu importante, et les explorations multiples ne trouvent pas d'explication. La seule anomalie que l'on découvre est une accélération de la VS, variable à chaque examen, mais nettement augmentée. A l'examen, en novembre, on palpe une tuméfaction profonde sous costale gauche, un peu douloureuse. Il s'agit plus d'un empatement que d'une tumeur perceptible. Cette masse est un peu mobile avecla respiration. Par ailleurs, il existe un kyste ovarien droit de la taille d'une

...

orange.

Tous les examens radiologiques sont muets, on ne fait ni artériographie, ni scintigraphie.

La laparotomie exploratrice est décidée avec le diagnostic de lésion probable de la rate.

Elle a lieu le 28 novembre 1969, par le professeur CHATELIN.

" Une tumeur de la queue du pancréas d'aspect kystique occupe le hile de la rate. Elle adhère aux épiploons et s'accompagne d'adénopathies d'aspect inflammatoire.

Décollement du mésogastre postérieur, splénectomie et pancréatectomie caudale. Section au niveau du corps du pancréas, en zone saine à 3 ou 4 cm des lésions. Suture pancréatique en deux plans de catgut chromé.

Par ailleurs, ablation du kyste de l'ovaire qui est un kyste séreux."

L'histologie faite par le docteur GASNE montre un cystadénocarcinome du pancréas. Il s'agit d'un cystadénocarcinome à cellules cylindriques, hautes, mucipare. Le pancréas attenant est normal, les ganglions sont inflammatoires.

Les suites opératoires immédiates sont simples.

Vers la fin de l'année 1970, apparition de douleurs épigastriques profondes, par périodes courtes, post-prandiales, à irradiations dorsales, avec également des douleurs de l'hypochondre droit.

La VS redevenue normale après l'intervention s'accélère à nouveau. Les phénomènes douloureux ne sont pas très intenses.

Le bilan, un an après l'intervention, découvre quelques calcifications dans la région de la tête du pancréas et fait le diagnostic de pancréatite calcifiante au début.

A partir d'avril 1971 les crises douloureuses deviennent plus fréquentes et plus intenses. L'état général s'altère un peu. Un nouveau bilan radiologique est pratiqué. Il montre une aggravation des calcifications, une déformation des deuxième et troisième duodénums, alors que les voies biliaires sont normales.

L'intervention a lieu le 24 mai 1971, avec le diagnostic de pancréatite à poussées évolutives, lithiase du Wirsung, et accidents rétentionnels.

...

"Pancréatite scléro-inflammatoire avec, au niveau de la queue, une zone d'aspect kystique et inflammatoire. La pancréatographie montre une lithiase du Wirsung et une rétro-dilatation modérée.

Les voies biliaires sont normales.

Résection de tout le corps du pancréas jusqu'à le veine porte, après libération de la veine mésentérique inférieure.

Ouverture du Wirsung, ablation des calculs. Il reste des calcifications intra-glandulaires qu'on laisse.

Anastomose iléo-wirsunguienne termino-latérale, et cholédoco-duodénostomie.

Histologiquement, il n'y a pas de récidive du carcinome ; pas d'autres foyers néoplasiques ; mais une pancréatite chronique scléro-inflammatoire. Il ne s'agit pas d' un kyste mais d'un faux kyste de l'extrémité du Wirsung". Les suites opératoires sont simples.

Depuis, la malade est revenue régulièrement 2 ou 3 fois par an. Elle ne présente actuellement aucun trouble digestif et les nouvelles radios de contrôle faites en fin 1972 montrent que les calcifications pancréatiques restantes ont diminué. L'éat général est excellent en mai 1973.

Parmi nos douze malades, neuf ont présenté des douleurs :

- quatre fois épigastriques à irradiations dorsales, depuis quelquesmois.
- cinq fois de l'hypochondre gauche, allant de quelques jours à plusieurs années. L'une de ces malades avait en outre des douleurs digestives vagues depuis trente ans.

Dans la littérature, la douleur est révélatrice dans seulement 27% des cas.

La MASSE abdominale palpable peut être isolée ou non ; elle est fréquente. C'est le second signe d'appel de ces tumeurs pancréatiques. Elle est présente chez 21 % des malades, et chez cinq de nos douze malades.

Cette masse abdominale peut être découverte à l'examen systématique, c'est le cas de notre deuxième observation, ou bien associée à une douleur, c'est le cas de notre troisième observation.

...

Compression extrinsèque de la grande courbure antrale par un cystadénome corporéo-céphalique

Compression du bas cholédoque par un cystadénome juxta-duodénal

Pièce opératoire ouverte : disposition alvéolée avec présence de vésicules

OBS. N°2

Madame HAM... agée de 28 ans, est hospitalisée en février 1970 pour une masse de l'hypochondre gauche, découverte lors d'un examen systématique, masse volumineuse, peu mobile, située dans l'hypochondre gauche, bien limitée, ne s'accompagnant ni de douleur, ni de trouble du transit, ni de fièvre. Il n'y a pas de troubles urinaires.

Cette femme assez forte, en bon état général, a eu deux enfants de 10 et 6 ans, et n'a aucun antécédent.

Les radios standard ne permettent pas de préciser l'origine de cette masse qui semble être kystique.

La grande courbure gastrique est refoulée vers la droite, l'angle colique abaissé, le rein gauche déplacé vers le bas.

Les explorations vasculaires la localisent à la queue du pancréas : écartèlement de l'artère splénique et de la rénale gauche sur l'aortographie non sélective, pôle inférieur de la masse cerclé par une artère pancréatique inférieure sur les clichés sélectifs du trone coeliaque. La veine splénique n'est pas opacifiée.

L'intervention a lieu le 8 mai 1970, par le Docteur LAGADEC.

" Incision abdomino-thoracique gauche.

C'est une formation kystique, grossièrement ovalaire, ayant environ 30 cms dans sa plus grande longueur, recouverte d'une membrane lisse, qui s'est développée dans l'arrière cavité des épiploons, et qui refoule la rate en haut, l'estomac en avant et à droite.

Après avoir décollé l'épiploon du colon transverse, on libère progressivment la masse. Pas de problème avec le méso-colon transverse, et notamment avec les vaisseaux, ni avec l'estomac bien qu'il existe une dilatation très importante de toutes les veines des ligaments ; ni en arrière avec le rein ni surtout avec la surrénale qui est vue.

Finalement après avoir mobilisé la tumeur et lié un certain nombres de pédicules, on s'aperçoit qu'elle ne tient plus qu'à la queue du pancréas avec une grosse veine qui sera liée. Section d'une languette pancréatique étirée et splénectomie.

Le foie et les voies biliaires sont sains. L'estomac a des grosses varices extérieures. On pratique une pyloroclasie digitale. La veine

....

splénique n'était pas thrombosée, c'était une hypertension portale par compression.

La pièce pèse trois kilos ; elle contient un liquide épais, noirâtre, et après ouverture, on constate plusieurs formations, certaines de la grosseur d'un oeuf, d'autres plus petites et qui contiennent un liquide clair avec des formations végétantes."

L'histologie de la pièce est faite par Madame CONTE.

" La surface externe de cette masse est lisse, régulière, et sa surface interne est boursoufflée par plusieurs plages bourgeonnantes, largement implantées, distinctes les unes des autres, dont le diamètre varie de 4 à 8 cms.

Mollasses, ces masses sont charnues, gélatiniformes, faites de minuscules logettes translucides accolées, et remplies par une substance filante : elles évoquent les végétations internes des cystadénomes mucoïdes ovariens. Elles bombent dans la lumière kystique et atteignent 1 à 3 cms d'épaisseur.

Le pôle inférieur, béant, du kyste a une paroi membraneuse, mince, lisse, sans végétations. Au pôle supérieur, au contact de la coque très épaisse, la poche principale se cloisonne et forme plusieurs petites poches secondaires emplies d'un liquide filant incolore : les parois sont lisses.

Microscopiquement, les masses charnues intra-kystiques gélatiniformes sont constituées par l'adossement de végétations glanduliformes tantôt régulières avec des tubes très allongés, et tapissée par un épithélium cylindrique du type de celui des canaux excréteurs pancréatiques interlobulaires.

Tantôt les glandes se ramifient et se tassent ; leur revêtement se multistrafient ; elles sont agminées, pratiquement sans stroma entre elles, ou parfois séparées par des amas amorphes, nécrotiques. On trouve alors des noyaux monstrueux et surtout de nombreuses mitoses.

Malgré la différenciation et l'aspect organoide du revêtement épithélial de ses zones, leur caractère proliférant, la richesse mitotique, sont en faveur de la malignité.

Les logettes kystiques secondaires sont d'un aspect bénin et tapissées par un revêtement cylindrique unistratifié, clair, non mitotique, qui repose sur une paroi fibreuse mince. Leur contenu est mucoide. Çà et là,

...

l'épithélium envoie dans la lumière des végétations dendritiques petites et bénignes.

En conclusion, il s'agit d'un cystadénocarcinome de la queue du pancréas ".

Les suites opératoires immédiates de cette malade sont simples.

Elle a été revue récemment en bon état général.

OBS N° 3

Madame HAR... Jeanne est agée de 67 ans en 1952.

Elle consulte en aout 1952, pour des douleurs de l'hypochondr gauche, irradiant dans l'épaule, s'accompagnant d'éructations, qui évoluent depuis un an. Elles sont apparues progressivement, et aggravées depuis six mois, à type de brulures post-prandiales, pendant 1 à 2 heures, calmées par les pansements gastriques.

Cette malade est traitée comme une ulcéreuse.

Plus récemment, sont apparues une anémie modérée, une légère fébricule, une altération de l'état général avec amaigrissement de 4 à 5 kilos en 3 mois.

L'examen perçoit dans l'hypochondre gauche, près de la ligne médiane, une tuméfaction profonde, peu douloureuse, peu ou pas mobile, transmettant les battements aortiques, mais ni soufflante, ni expansive. Elle a la taille d'une orange.

Les examens radiologiques du colon et des voies biliaires sont normaux. Par contre, la radio d'estomac montre une encoche arrondie de la grande courbure, mais inconstante.

Les examens biologiques montrent une hyperleucocytose à 12000, une anémie à 3 500 000, et une VS un peu accélérée.

Le diagnostic porté est celui de tumeur de la queue du pancréas, probablement kystique.

L'intervention a lieu en mai 1952, par le Professeur CHATELIN.

"Tumeur polykystique de la queue du pancréas, adhérente à la rate, avec des adénopathies le long de la splénique. A certains endroits, elle présente des aspects inflammatoires, tumoraux à d'autres.

Pancréatectomie gauche et splénectomie ".

...

L'examen histologique est fait par Madame GASNE :

C'est une tumeur polykystique dont certains aspects sont ceux d'un cystadénome bénin, et d'autres, pour la plus grande part, d'un carcinome papillaire ou papillo-acineux.

Les ganglions et la rate sont indemnes.

Il s'agit probablement d'un cystadénome dégénéré du pancréas.

Les suites opératoires sont simples.

La malade a été revue assez régulièrement jusqu'en 1959, sans aucun signe de récidive.

Elle est décédée en 1971 d'un accident vasculaire cérébral.

Rappelons que les douleurs et la masse abdominale sont de loin les signes les plus fréquents des cystadénomes bénins et malins du pancréas.

Les TROUBLES DIGESTIFS forment le troisième signe d'appel.

Ils sont extrêmement variés et s'accompagnent en règled'une altération de l'état général.

Ils sont souvent mineurs, à type de hoquet, d'éructation comme dans nos observations 3 et 10, et comme dans 4% des cas, de gêne post-prandiale comme dans 3 de nos observations et 3% des cas.

Nous avons relevé également la constipation 2%, ou au contraïre la diarrhée 3%, l'anorexie (obs. 3, 7, 9), qui représente 6% des cas, les vomissements 8%.

L'altération de l'état général avec amaigrissement est fréquente et représente 14% des cas. Sur nos 12 malades, 5 avaient perdu du poids de façon rapide et importante, bien que l'un des cas ait été un kyste bénin.

A ces troubles digestifs on peut rattacher les HEMORRAGIES DIGESTIVES.

Elles peuvent être évidentes, hématémèse ou meoléna ; ou se traduise par une anémie hypochrome (obs 3 et 4)

Ces hémorragies digestives ont deux mécanismes :

- l'hypertension portale segmentaire est due à la compression par la masse tumorale. C'est le cas de notre observation 4. Dans notre

observation 2, on a découvert lors de l'intervention une hypertension portale segmentaire qui n'avait pas encore fait parler d'elle.

Nous avons trouvé trois cas d'hypertension portale décrits dans la littérature : hémorragies basses très abondantes 36 hématémèses à deux reprises en trois mois (7-21).

- Le second mécanisme procède des lésions associées. En particulier ulcère ou cancer del'estomac dont le diagnostic est fait radiologiquement ou per opératoirement.

OBS N° 4

Madame BET... Marguerite agée de 48 ans, entre la première fois dans le service, adressée par le Professeur ANDRE pour moéléna occulte et hypertension portale.

Dans les antécédents, on note, outre les maladies banales, un épisode douloureux très intense dansl'hypochondre gauche en avril 1952. En 1959, elle subit une hystérectomie totale interannexielle pour fibrome.

La maladie actuelle débute en avril 1964 par l'apparition progressive d'une paleur du visage, accompagnée d'asthénie, et de douleurs osseuses. On découvre alors une anémie à 2 800 000 hypochrome, hyposidérémique. Malgré un traitement symptomatique, l'anémie persiste en novembre 1964, l'hospitalisation est décidée.

L'examen clinique met en évidence une hypertrophie splénique modérée, le foie est normal, il n'y a pas d'adénopathies. La ponction sternale montre une moêlle très active. Il y a du sang dans les selles.

Le transit gastro-duodénal montre des varices de la grosse tubérosité, un refoulement en avant du corps de l'estomac. La radio cinéma oriente vers un kyste du pancréas (Pr CHERIGIE).

Par ailleurs, pas d'hématurie microscopique, pas de trouble de l'absoption du fer,amylasémie et amylasurie normales, lavement baryté normal. Le transit du grêle montre un abaissement de l'angle duodéno-jéjunal.

Il n'est pas fait d'explorations vasculaires.

L'intervention est effectuée le 15 janvier 1965, par le Docteur HIVET.

...

" A l'exploration, hypertension portale importante. On palpe derrière l'estomac, une masse tendue, fixée en arrière. On la ponctionne à travers l'estomac et on ramène un liquide eau de roche. Les radios après injection de produit de contraste montrent une grosse poche sans communication avec le Wirsung. On fait une kysto-anastomose trans-gastrique postérieure. On trouve un autre petit kyste situé en dessous du précédent et contenant un liquide purulent. On effondre la membrane qui le sépare du premier.

La tête du pancréas parait normale ".

Les suites opératoires immédiates sont simples et la malade sort le 2 février apparemment guérie.

Peu de temps après, alors que l'anémie persiste, apparaissent des douleurs de l'hypochondre droit, calmées par la position en chien de fusil.

Un nouveau bilan est effectué.

Biligraphies normales, pas de calcifications pancréatiques. Les radios d'estomac ne montrent pas de varices oesophagiennes mais une volumineuse masse pancréatique refoulant l'estomac en avant et à droite. La splénoportographie montre une pression splénique à 25 mm HG, une thrombose de la veine splénique. La veine porte, normale, est réinjectée par deux courants : l'un supérieur par la coronaire stomachique avec de volumineuses varices, l'autre par le cercle de la grande courbure.

L'état général est satisfaisant, mais la malade reste anémique et surtout souffre de plus en plus.

On réintervient le 14 octobre 1965, Docteur HIVET.

" A l'exploration, masse grosse comme deux poings, rétro-gastrique, semblant fixée dans l'hypochondre gauche. La rate est augmentée de volume. L'hypertension portale est manifeste. La ponction de cette masse ramène quelques cc de liquide pancréatique. La radio après injection de produit de contraste montre une cavité communiquant avec l'estomac, non avec le Wirsung. On décide l'exérèse.

Spléno-pancréatectomie caudale, enlevant l'ancienne

...

anastomose. Au-dessus de celle-ci on fait une grosse brèche dans la grosse tubérosité , correspondant à un énormae bourgeon malin qui semblait ouvert dans l'estomac.

Section du pancréas en zone saine, fermeture des brèches gastriques.

Foie et pancréas restant sont normaux."

L'examen histologique est fait par Madame LEVAME.

"Un centimètre de pancréas sain au niveau de la recoupe.

Au-delà, toute la queue est occupée par une masse kystique dont les cavités sont remplies soit par du mucus soit par du pus.

Rate normale.

Histologiquement, le passage de la zone saine à la zone kystique est brutal. Les kystes ont une bordure calciforme végétante, exulcérée par places. Sur les kystes les plus végétants, on observe des noyaux monstrueux et des proliférations cellulaires compactes, qui traduisent la malignité du processus : cystadénocarcinome pancréatique."

Les suites immédiates sont bonnes.

La malade a été revue régulièrement par le Professeur ANDRE. Elle conserve actuellement un état général assez bon, et les radiographies d'estomac faites chaque année ne montrent rine d'anormal.

L'ictère est un signe révélateur peu fréquent, en général du à une tumeur de la tête du pancréas qui comprime le cholédoque, ou quelquefois à une pancréatite associée, ou encore à une autre lésion (lithiase cholédocienne, cancer de la tête : Obs. 9).

Parmi nos douze observations deux ont commencé par un ictère (1 % des cas dans la littérature).

OBS. N° 5

Monsieur GRE... Alain est âgé de 24 ans.

En août 1963, à l'âge de 23 ans, ce patient, qui a toujours joui

d'une bonne santé, devient en quelques jours ictérique.

Les selles sont décolorées, les urines foncées, il ne ressent pas de douleur, il n'a pas de fièvre, pas de frisson. Le patient est si peu gêné qu'il continue la préparation de ses examens. Ce n'est qu'en octobre qu'il est hospitalisé en province.

Après un traitement par le CORTANCYL, resté sans résultat, et après des examens ayant permi de conclure à un ictère par rétention, une intervention est envisagée et entreprise le 9 novembre 1963. Le chirurgien trouve un nodule tumoral dur dans la tête du pancréas, enserrant le cholédoque. Il semble s'agir d'un épithélioma de la tête, il n'y a pas de métastases. Biopsie transpapillaire par cholédocotomie et cholécystostomie sur sonde de Pezzer. L'examen histologique des fragments biopsiés ne montre pas de signes de malignité. Quant aux suites opératoires elle sont marquées par d'importantes pertes biliaires.

A la fin de février 1964, les selles se colorant après clampage, et une cholangiographie ne mettant en évidence aucune dilatation des voies biliaires (image en demi lune du bas cholédoque difficile à interpréter du fait du drain transpapillaire à "oeil"), on retire les drains. Il s'établit alors une fistule biliaire (plus d'un litre de bile par jour), accompagnée de troubles hydro-électrolytiques.

Le 10 avril ce malade entre dans le service du Professeur CAROLI.

L'état général est relativement satisfaisant : pas de fièvre, pas d'ictère.

Une fistulographie montre un bas cholédoque filiforme avec des voies biliaire dilatées.

Le patient est ransféré dans le service du Professeur GOSSET, pour intervention. Le 24 avril 1964, le Docteur HIVET.

"Incision de Rio Branco.

Foie peu augmenté de volume, foncé, sans métastase. Le cholédoque est du calibre d'un doigt. Après décollement rétro-duodéno-pancréatique, on palpe un noyau gros comme une prune, dans la moitié supérieure de la tête du pancréas, en dedans du cholédoque. Le reste du pancréas est normale. Il n'y a pas d'hypertension portale. Petites adénopathies banales au niveau du hile.

Les cholangioraphies par la vésicule montrent un cholédoque rétréci de façon filiforme, dans sa portion intra-pancréatique, moyennement dilaté en amont, et des voies biliaires intra-hépatiques beaucoup plus dilatées. (PhotoN°2)

Une duodénopancréatectomie céphalique est alors pratiquée sans grande difficulté ".

Les suites sont simples.

Examen de la pièce par le Docteur ETEVE.

"Il existe un nodule de trois centimètres de diamètre, d'allure tumorale, dans l'angle formé par le duodénum et le cholédoque. A la coupe apparaissent de petites cavités, de dimensions inégales, à contours irréguliers.

Au microscope, des cavités sont bordées par un épithélium cubique de type excréteur, noyées dans une trame fibro-scléreuse qui se prolonge de façon très imprécise avec le conjonctif interlobaire de la glande pancréatique. A la périphérie de cette lésion, on observe une zone dans laquelle les éléments épithéliaux bordant la cavité perdent leur morphologie et prennent un aspect dédifférencié correspondant à une nature maligne.

Les ganglions prélevés ne montrent pas de signe de malignité.

Nous sommes donc en présence d'une lésion fibro-kystique avec dégénérescence maligne, correspondant à un cystadénocarcinome.

A part un épisode douloureux en 1965, le patient va relativement bien jusqu'au début de l'année 1966. Un contrôle radiologique en février 1965 avait montré le bon fonctionnement de la bouche anastomotique.

Le 2 janvier 1966, il est hospitalisé d'urgence dans le service du Professeur CAROLI, après deux hématémèses. Il se rétablit rapidement ; un transit baryté met en évidence, une stomite importante avec perte de souplesse dans la région anastomotique.

Revu en décembre 1966, il va bien. Au cours de l'année 1967, apparaît une rapide altération de l'état général et le malade décède en fin d'année d'une généralisation néoplasique.

Restent les formes révélées par une COMPLICATION

Spontanément les cystadénomes du pancréas n'évoluent jamais vers la guérison. Au fur et à mesure de leur évolution, ils augmentent de volume et peuvent se compliquer d'hémorragies intra-kystiques avec tableau parfois dramatique, c'est le cas de notre sixième observation, de rupture exceptionnellement, de suppuration (Obs. 4), de compression cholé-

...

docienne (obs. 5), de compression de la veine cave inférieure ou du duodénum (obs 10), voire de rupture intra-péritonéale (78).

Chacune de ces complications peut être révélatrice.

OBS N° 6

Madame CAE... Ann, agée de 51 ans en 1961, a été cholécystectomisée en 1958, et ovariectomisée pour kyste droit en 1960. Elle est notoirement éthylique.

Depuis le début de l'année 1961, elle présente des douleurs de l'hypochondre et du flanc gauches, évoluant par crises, accentuées par la marche et la fatigue. Ces crises durent de quelques minutes à deux ou trois heures, et ne surviennent jamais au repos.

D'abord espacées, elles voient leur fréquence s'accroître, et en octobre elle présente plusieurs crises par jour. Leur intensité est grande, et elles s'accompagent de fièvre à 38°.

Lorsqu'elle entre dans le service le 15 octobre, la malade présente depuis quelques jours, une tuméfaction du flanc gauche douloureuse.

Le jour de son arrivée, elle accuse des douleurs extrêmement violentes, syncopales, avec état de choc.

On porte d'abord le diagnostic de volumineux kyste de l'ovaire tordu. Mais à l'examen clinique, on trouve une volumineuse masse kystique de l'hypochondre gauche, douloureuse, mobile dans la région médiane, et vers le haut, fixée en bas, et le TV est normal.

On porte alors le diagnostic de kyste du pancréas compliqué d'hémorragie ou d'infection.

Les radiographies d'abdomen sans préparation témoignent d'un iléus paralytique très modéré, et montrent une opacité diffuse de l'hypochondre gauche.

L'intervention a lieu le 16 octobre 1961, par le Professeur CHATELIN.

"Médiane sus ombilicale.

Volumineux kyste du pancréas contenant un liquide louche,

...

un peu sanglant. Ce kyste adhère peu aux organes de voisinage, sauf à l'épiploon du ligament gastro-colique qui recouvre le kyste.

La dissection conduit, après ponction évacuatrice, jusque sur la queue du pancréas, qui, est remplacée par un volumineux kyste.

Pancréactectomie caudale. (La rate est conservée, l'artère et la veine spléniques étant facilement séparables du kyste).

Les suites opératoires sont grevées, à l'ablation du drain, au 4° jour, d'une fistule pancréatique, qui ne se ferme pas spontanément. Le liquide d'écoulement contient des ferments pancréatiques.

Deux mois plus tard, la fistule ne tarissant pas, on fait une fistulo-anastomose pancréatico-gastrique. Les suites sont simples.

Cette malade est revue régulièrement. L'éthylisme n'a fait que croître.

En 1965, cette malade se fait une fracture du col du fémur.

En 1971, elle décède d'une cirrhose alcoolique avec rupture spontanée de varices oesophagiennes et ictère grave.

L'examen histologique de la pièce opératoire avait été fait par le Docteur GASNE.

" Cystadénome bénin du pancréas avec lésion inflammatoire et pigments sanguins modifiant l'aspect de l'endothélium. Mais il n'y a, sur les fragments examinés, aucun signe de malignité.

Il faut enfin évoquer les formes LATENTES de ces tumeurs.

Nous n'en avons personnellement pas d'exemple, mais on en trouve environ 10 % dans la littérature. Ce sont des tumeurs découvertes à l'occasion d'une intervention pour autre chose, et l'exploration abdominale complète qui s'impose lors de toute intervention, permet de trouver la masse pancréatique.

Il peut s'agir d'une cure de lithiase vésiculaire (CULLEN 43 en cite trois cas), d'une lésion gastrique (73), d'une intervention pelvienne (44 - 58).

Enfin, une tumeur latente peut être découverte lors d'une autopsie.

A la post graduate School de LONDRES, sur 8 500 autopsies faites systématiquement, on a découvert 2 cystadénocarcinomes.

...

CULLEN (13), à la Mayo Clinic, rapporte 17 cas de cystadénomes dont un découvert à la nécropsie.

Il n'est donc pas rare que ces tumeurs fassent si peu parler d'elles qu'on ne les découvre que post-mortem.

Cette symptomatologie clinique très variée ne peut en aucun cas permettre de porter un diagnostic certain. Le plus souvent on est réduit au diagnostic de tumeur abdominale sans autre précision.

## LES EXAMENS BIOLOGIQUES

Ne sont d'aucun intérêt pour porter le diagnostic.

Ils sont en principe normaux, sauf en cas d'ictère ou l'on a une biologie de rétention.

Dans nos observations, outre l'anémie des formes hémorragiques, nous n'avons relevé que l'accélération de la VS (obs. 1 et 3), mais ce signe n'a pas de spécificité.

Assez exceptionnellement, on trouve un diabète associé, qui diminue après l'ablation de la tumeur : POLAK (56) en rapporte un cas. Un diabète existait dans notre observation 7, mais il y avait un épithéliuma associé, et il n'a pas disparu après l'intervention.

En fait, les examens indispensables sont les examens radiologiques.

## LES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES

Permettent le plus souvent de rapporter la tumeur au pancréas.

### Les radios sans préparation

Peuvent objectiver, mais assez rarement, des calcifications sous forme d'ombre sphérique.

CORNES (12) relate un cas où l'ombre arrondie du liseré calcifié a fait porter le diagnostic de cancer du pancréas ou d'anévrysme de l'artère splénique ; et un autre où l'opacité se projettant sur le rein droit, a fait croire à une lithiase rénale.

...

Deux sur nos douze malades étaient porteurs de calcifications, observations 7 et 9.

RIBET (60) rapporte également un cas où la radio sans préparation objectivait un refoulement de l'ombre splénique et un abaissement de la clarté colique.

Ces faits sont rares.

Les transits barytés et l'UIV

Ont le mérite de montrer que cette tumeur n'est ni gastrique, ni colique, ni rénale, et de mettre en évidence un refoulement des organes interessés.

Ce refoulement dépend de la localisation de la tumeur ;

- Au niveau de la tête (obs 10) on a une image de compression duodénale, un refoulement en haut de l'antre, (obs. 12), une UIV normale (1)

- au niveau du corps pancréatique, on a un refoulement en haut et en avant del'estomac (obs 9), si la tumeur est dans la partie supérieure, un déplacement en bas du colon si elle est dans la partie inférieure de la glande

- au niveau de la queue du pancréas, une tumeur marque son empreinte sur la grande courbure gastrique, sur l'angle gauche du colon et sur le rein gauche (obs 2 et 12).

En fait, les signes radiologiques sont variables avec la taille de la tumeur et selon qu'elle est ou non pédiculisée.

Enfin, un radiocinéma peut parfois être utile (obs 4 et 10).

Le transit gastro-duodénal peut mettre en évidence des varices de la grosse tubérosité en rapport avec une hypertension portale segmentaire (obs 4), ou une hernie hiatale associée (obs. 7).

Dans un certain nombre de cas, les radiographies peuvent rester muettes (obs 1) (50).

La radiographie des voies biliaires

...

est utile dans certains cas de lithiase associée. En cas d'ictère elle ne peut être effectuée que per-opératoirement (obs. 5 et 10).

Les artériographies aortiques et si possibles sélectives du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure.

sont indispensables devant une masse pancréatique. Trois de nos malades ont subi une telle exploration.

Obs. 2

Obs. 7 : l'artériographie du tronc coeliaque montre un refoulement à gauche de la coronaire stomachique, une encoche sur la splénique, et au temps veineux, une opacification de début de la veine splénique, mais elle se termine en queue de radis.

Obs. 8 : l'artériographie montre un rétrécissement des trois premiers centimètres de l'artère splénique avec une brisure des petites artères coporéales qui fait porter le diagnostic d'épithélioma du pancréas.

De telles explorations ont le mérite de préciser parfois s'il s'agit d'un kyste bénin ou malin. La malignité ne fait pas de doute dans l'observation 8.

Très récemment ont été introduites gammagraphie pancréatique et duodénoscopie

Seule une de nos malades a été ainsi explorée (obs. 7) et nous n'avons aucun autre exemple dans la littérature.

OBS. N° 7

Madame GIU... Eliane, agée de 54 ans, entre dans le service du Professeur GOSSET le 17 mars 1972. Elle se plaint de douleurs de l'hypochondre gauche à irradiations postérieures, apparues depuis juillet 1971, et accompagnant de diarrhée.

En octobre, les douleurs deviennent permanentes, entraînant l'insomnie, leur maximum est post-prandial, une altération de l'état général commence à apparaitre.

...

En février 1972, la malade est alitée avec une asthénie très importante.

En mars, lors de son admission, l'examen physique trouve signe de Murphy et défense épigastrique.

Les examens biologiques découvrent un diabète modéré avec glycémie à 2,15 g.

Le TOGD montre une compression extrinsèque de la face postérieure de l'estomac par une masse à bord supérieur un peu calcifié. (Photo N° 4).

On découvre également une hernie hiatale avec reflux.

La gammagraphie pancréatique montre une bonne concentration du produit avec encoche à la jonction corps-queue du pancréas.

L'artériographie du tronc coeliaque permet de voir un refoulement des branches de la coronaire stomachique déviées vers la gauche. Elles vont rejoindre la petite courbure gastrique écartée du rachis.

L'artère splénique présente une encoche mais reste perméable.

Au temps veineux, on note un début d'opacification de la veine splénique, mais elle se termine en queue de radis.(Photo N° 5).

Le temps hépatographique fait soupçonner l'existence d'une métastase du lobe droit.

La duodénoscopie faite par le Docteur LIGORY, permet dans un premier temps de cathétériser, de radiographier les voies biliaires qui sont normales, dans un second temps de cathétériser le Wirsung. Celui ci est dilaté jusqu'à la jonction corps queue du pancréas.(Photo N° 6).

Au delà, il est arciforme, moulé sur une masse arrondie. On conclue à une tumeur kystique calcifiée de la queue du pancréas.

Cette malade est opérée le 24 mars 1972 par le Docteur LAGADEC.

Médiane sus-ombilicale

Il existe une énorme tumeur de l'hypochondre gauche, développée dans la queue du pancréas et manifestement kystique. Cette tumeur se propage vers le bas et envahit la moitié gauche du colon transverse. Elle se propage également en arrière vers la loge rénale. Il existe deux métastases l'une en plein lobe droit, l'autre au bord antérieur du lobe gauche.

...

Mais il n'y a pas de métastases péritonéales, ni ganglionnaires, ni d'ascite.

On décide une exérèse élargie de la tumeur avec métastasectomie. (Photo N° 7).

On est donc amené à enlever une partie du colon gauche. En haut la dissection est difficile car la tumeur adhère aux vaisseaux mésentériques. En arrière la dissection entraine une plaie de la veine rénale gauche qui est simplement suturée.

La masse tumorale n'est alors plus fixée qu'au corps du pancréas.

La section pancréatique permet sa libération. L'intervention est terminée par une cholécystectomie.

Les suites opératoïres sont simples jusqu'au 6 avril.

A l'examen histologique de la pièce, fait par madame CONTE, la tumeur comporte une très volumineuse masse kystique à parois épaisses, et nacrées : a l'un des pôles, le parenchyme pancréatique est bien visible, très induré. Ce kyste est essentiellement uniloculaire avec deux ou trois cloisons secondaires grêles et incomplètes.

Ce kyste a une paroi fibro-hyaline très épaisse, envahie de plages carcinomateuses. Sa bordure interne est, par endroits, ulcérée, ailleurs elle est visible, limitée à une assise de cellules cybo-cylindriques, sans caractère de malignité.

Cependant, en deux points, on voit le revêtement cylindrique prendre un aspect papillaire végétant. Quand la paroi du kyste s'amincit, on trouve à son contact des lobules pancréatiques très atrophiques, dispersés dans une sclérose importante, non tumoraux. (Photo N° 8).

A coté de ce cystadénome, le pancréas présente une zone tumorale très indurée. Les prélèvements histologiques confirment l'existence de très nombreuses plages carcinomateuses, mal limitées. Cette tumeur comprend d'une part des plages acino-trabéculaires, d'autre part des zones glanduliformes.

La tumeur déborde largement dans les mésos, versle colon transverse dont un segment a été réséqué.

En conclusion, il s'agit d'un carcinome pancréatique acino-trabéculaire dont la particularité est d'être développé au contact d'un cystadénome.

...

Mais il ne semble pas que le carcinome soit développé aux dépends du cystadénome.

A partir du 4 avril, les suites opératoires se compliquent : infarctus myocardique, puis diarrhée très importante qui cède au traitement symptomatique.

Le 8 mai, la malade part en convalescence.

Elle revient en urgence le 21 juin pour

- déséquilibre du diabète
- altération importante de l'état général
- fistule biliaire

Une fistulographie est faite qui montre une opacification des voies biliaires extra-hépatiques.

Le 6 juillet, la malade fait une poussée d'angiocholite et décède le lendemain dans un tableau caractéristique de septicémie à GRAM.

De plus en plus perfectionnés, les examens radiologiques permettent essentiellement de faire le diagnostic de tumeur du pancréas, d'en prévoir la nature kystique, voire même la bénignité ou la malignité.

Mais la nature histologique de ce kyste ne peut être affirmée que sur la pièce opératoire par l'anatomo-pathologiste.

## HISTOLOGIE

Histologiquement, le pancréas est formé de deux parties :

- exocrine où l'on trouve les acini séreux faits de cellules sécrétrices pyramidales. Les acini sont groupés autour des tubes. Ces tubes ont un épithélium aplati à cellules claires. Ils se déversent dans les tubes intralobulaires dont l'épithélium est cylindrique simple.

- Endocrine où l'on trouve les ilots de Langerhans faits de plusieurs types de cellules juxtaposées dont les principaux sont les cellules A ou alpha qui sécrètent le glucagon, et les cellules B ou béta qui sécrètent l'insuline.

Les tumeurs primitives du pancréas se divisent en trois catégories :

...

- Kystes
- tumeurs du pancréas exocrine
- tumeurs du pancréas endocrine
- très rares sont les tumeurs du tissu conjonctif pancréatique.

Les kystes

sont fréquents. On oppose les kystes vrais et les faux kystes qui n'ont pas de limites épithéliales.

Les vrais kystes sont

- soit congénitaux : malformation d'un canal excréteur s'ouvrant dans lecholédoque, dans un canal pancréatique ou dans le duodénum;
- soit acquis : rétentionnels au cours d'une pancréatite ou d'une lithiase pancréatique. Ils peuvent être également parasitaires, ou néoplasiques et les derniers appartiennent en fait au groupe des tumeurs exocrines (cystadénomes et cystadénocarcinomes.

Les pseudo kystes, en règle, sont secondaires à des poussées de pancréatite.

Les tumeurs du pancréas exocrine

sont des tumeurs épithéliales.

- adénomes évoluant le plus souvent sous forme kystique (cystadénome)
- adénocarcinomes : ils peuvent être partiels (tête, corps, queue)
  totaux
  kystiques (cystadénocarcinomes)

Les tumeurs du pancréas endocrine

sont nombreuses et ont permi de distinguer d'après leur syndrome fonctionnel, les différentes cellules sécrétoires.

Les tumeurs conjonctives

...

peuvent être bénignes et malignes.

L'histogénèse des cystadénomes et des cystadénocarcinomes est mal connue.

Deux hypothèses sont émises :

- selon la première, il s'agirait du développement d'une hétérotypie du tissu intestinal primitif. Ceci expliquerait aisement les formes séreuses, muqueuses, et les rares formes à cellules à sérotonine. Ceci expliquerait également les formes rapportées de l'enfance.

-selon la seconde, plus valable, les tumeurs seraient développées sur des structures adultes ayant leur origine au niveau des canaux excréteurs. En effet, les cellules tumorales sont les mêmes que celles qui tapissent les canaux intra et interlobulaires. Ces cellules se trouvent dans les canaux de Wirsung et de Santorini. Les rares formes entéroïdes auraient également une origine métaplasique.

Cystadénomes et cystadénocarcinomes sont donc des tumeurs néoplasiques dérivées de l'épithélium tubulaire du pancréas exocrine.

Elles peuvent siéger en n'importe quel endroit de la glande, mais nous avons vu qu'elles étaient plus fréquentes au niveau de la queue.

Le diagnostic macroscopique de ces tumeurs est aisé en règle.

Le cystadénome est une tumeur de taille variable allant de quelques centimètres à quelques dizaines de centimètres de diamètre.

C'est une tumeur toujours encapsulée.

Elle est arrondie, bosselée, avec de grosses veines superficielles ; on a comparé son aspect à celui d'une grappe de raisins, mais il arrive que les cystadénomes soient uniloculaires. Ils sont alors arrondis, réguliers, et le diagnostic se fait à l'ouverture de la pièce.

Effectivement, à la section, ce kyste est divisé par de multiples cavités, en général petites ; ce sont des cavités juxtaposées, dont les cloisons prennent parfois appui sur une masse fibreuse centrale, rappelant l'aspect de la tranche d'un pamplemousse.

Parfois une partie de la tumeur est calcifiée.

Les cavités renferment un liquide séreux ou mucoïde, en principe

...

sans activité enzymatique. Parfois ce liquide peut être hémorragique ou même purulent si le kyste est infecté (Obs. 4).

Enfin, il existe inconstamment dans les cavités, des végétations papillaires. Un élément important à souligner : le cystadénome qu'il soit bénin ou malin ne communique jamais avec le système canalaire excréteur du pancréas.

Le cystadénocarcinome est également une tumeur encapsulée, mais cette capsule peut être détruite par endroits.

L'hypervascularisation y est habituelle, anarchique, avec apparition de néo-vaisseaux et modifications des vaisseaux normaux.

Les cavités contiennent presque toujours des végétations, des éléments nécrotiques et un liquide hémorragique.

Que la tumeur soit bénigne ou maligne, la capsule est entourée d'une fausse capsule de tissu pancréatique comprimé donnant un plan de clivage.

Ceci permet l'énucléation chirurgicale plus ou moins facile du kyste.

L'aspect microscopique de ces tumeurs est très caractéristique.

Dans les cystadénomes la capsule est faite de l'atrophie progressive des lobules pancréatiques au contact de la tumeur. Elle peut donc contenir encore des ilots de Langherhans, des canaux excréteurs ; on peut également découvrir des réactions inflammatoires, infiltrats leucocytaires, capillaires congestifs, granulomes.

Les cavités elles-mêmes sont bordées d'un épithélium unistratifié typiquement cylindrique à cellules hautes mucipares ; leur cytoplasme est clair, et leur noyau basal. C'est l'épithélium typique excréto-pancréatique.

En fait, dans un même lobule, on peut trouver tous les degrés entre cet épithélium haut, et l'épithélium à cellules cuboïdes, ou aplaties, endothéliforme. Ceci semble dû à la pression du liquide intra-cavitaire, qui peut écraser la bordure épithéliale.

Les tumeurs à contenu muqueux prennent le nom de cystadénomes muqueux. On appelle séreux les cystadénomes dépourvus de sécrétion mucoïdes.

Les cloisons intercavitaires peuvent contenir des groupes de tubes réalisant des aspects adénomateux. Ces cloisons intercavitaires peuvent aussi

...

envoyer dans la lumière des cavités des axes conjonctivo-vasculaires grêles réalisant des végétations. Ce sont les cystadénomes papillaires.

Nous pourrons ainsi avoir quatre types de cystadénomes

séreux (5-6-10)

simple

muqueux (obs 1-9-11)

séreux (obs 8)

papillaire

muqueux (obs. 2-4-12)

L'aspect microscopique des cystadénocarcinomes est également caractéristique.

Typiquement, l'épithélium est pluristratifié et les cellules présentent des monstruosités nucléaires. Mais ces monstruosités sont en règle, en petit nombre. Les cystadénocarcinomes sont toujours porteurs de végétations, ce sont des formes tubulo-papillaires.

Parfois, il existe une forte stroma-réaction, le stroma est riche en fibres collagènes, abondant, réalisant un épithélioma tubuleux.

Surtout, en plusieurs points de ces tumeurs malignes, la capsule fait défaut. On découvre alors un envahissement pancréatique. Les limites de l'extension sont souvent imprécises par suite de la sclérose associée. Par ailleurs, il existe également un certain degré d'extension extra-pancréatique :

- de voisinage : cholédoque, donnant un ictère
  Wirsung, source de pancréatite
  Estomac, duodénum, colon

-Métastatique : adénopathies, foie, péritoine.

Mais le diagnostic, même histologique n'est pas toujours aussi facile.

Il peut être difficile de différencier un cystadénome bénin ou malin d'un autre kyste pancréatique, mais il peut aussi être difficile de reconnaitre la nature bénigne ou maligne d'un cystadénome.

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1 - En principe, il est facile de distinguer les cystadénomes des autres kystes.

Le kyste congénital est souvent un kyste isolé. Anatomiquement, il est développé aux dépends d'un canal excréteur et communique avec le système canalaire pancréatique.

Un certain nombre de malades ont été opérés avec le diagnostic de faux kystes (19). Il manque les signes cliniques accompagnant habituellement l'apparition du faux kyste : poussée de pancréatite aigue, mais un faux kyste peut se former à bas bruit.

Mais opératoirement, le diagnostic n'a pas toujours pu être rétabli.

L'erreur est toujours corrigée par l'examen histologique, le faux kyste ne possédant pas de révêtement épithélial.

Un kyste uniloculaire peut évoquer un kyste hydatique (obs.11) ; mais il manque le contexte d'antécédents, de signes cliniques et biologiques. Surtout, on ne trouve pas de scodex.

En principe, un kyste rétentionnel se constitue au cours d'une pancréatite chronique, parfois lithiasique, en amont de l'obstacle, et aux dépends d'un canal pancréatique. Mais on ne peut exclure l'association, rare il est vrai, d'un cystadénome et d'une pancréatite lithiasique. C'est le cas de notre observation 8, dont le diagnostic histologique a été particulièrement délicat.

OBS N° 8

Monsieur VAS... Albert est un homme de 66 ans.

Depuis six mois, il se plaint de douleurs épigastriques à irradiations dorsales ; ces douleurs s'accompagnent d'une petite altération de l'état général avec amaigrissement de plusieurs kilos.

L'examen physique ne montre rien, les radios standard sont normales, mais sur l'artériographie on trouve un rétrécissement des premiers centimètres de l'artère splénique avec brisures des petites artères corporéale qui évoquent un cancer du pancréas.

...

L'intervention a lieu le 10 novembre 1972 par le Docteur HIVET.

" Médiane sus ombilicale.

A l'exploration, foie sain, voies biliaires normales, estomac normal, hypertension portale modérée, et à première vue, cancer du corps du pancréas. Mais on découvre une formation kystique de la grosseur d'un oeuf, se développant vers la racine du mésocolon transverse. Elle contient un liquide clair, séreux. On découvre une seconde formation kystique au niveau de la face antérieure de la queue du pancréas. Dans ces conditions, pensant qu'il s'agit d'un cystadénocarcinome, on décide de tenter l'exérèse de cette grosse lésion qui colle en arrière.

On effectue avec beaucoup de difficultés une pancréatectomie gauche.

En fin d'intervention, on assure que le pouls hépatique est normal, ainsi quele pouls mésentérique. D'autre part les artères juxta-coliques battent faiblement.

A la coupe il s'agit d'un épithélioma du corps du pancréas avec formations kystiques, ceci est un argument en faveur d'un cystadénocarcinome. "

Dans les suites opératoires, apparaît d'abord un ictère qui dure quelques jours puis régresse, et des hématémèses. Elles durent plusieurs jours puis cèdent au traitement médical. Elles reprennent le 2 décembre de façon très importante, extériorisées par la gastrostomie. Une artériographie est pratiquée en urgence le 4. Elle montre un ulcère hémorragique de la grosse tubérosité gastrique.

Le 5, une gastroscopie ne permet de voir que des caillots au niveau de la grosse tubérosité, mais non la lésion.

On réintervient le jour même. (Docteur HIVET)

" Reprise de l'ancienne médiane.

Pas d'adhérences, pas d'épanchement.

On passe par la gastrostomie et on découvre à la partie supérieure de la grosse tubérosité, au niveau de la grande courbure, une ulcération de 2 cm, perforée bouchée dans le diaphragme.

On enlève la rate, et on décolle l'estomac du diaphragme.

...

L'ulcération est totale, à bords nets, fermeture en deux plans.

Pour la genèse de cet ulcère on peut retenir, soit une ulcération par la sonde de gastrostomie poussée trop loin, soit des troubles trophiques secondaires à la ligature de l'artère splénique et de la gastrique postérieure.

Il est difficile de conclure, mais cette localisation ulcéreuse est tout à fait anormale. "

L'étude histologique de la pièce opératoire a été faite par Madame CONTE. Le segment pancréatique réséqué est très induré, micro kystique à la coupe, et semé de calcifications. Il existe un pôle supérieur une grande formation kystique uni loculaire, tapissée de dépots cruoriques, et entourée de nombreux petits kystes.

L'examen au microscope permet de découvrir trois lésions.

Le pancréas est remanié par une sévère pancréatite chronique lithiasique. La lobulation a disparu, il n'y a plus d'acini identifiables. Les cordons s'insinuent dans les ganglions lymphatiques et entourent les filets nerveux. La lithiase se traduit par la présence de moules mucôides feuilletés amorphes et de calcifications dans les lumières canalaires ectasiées.

Les suffusions hémorragiques sont nombreuses.

A ces éléments de pancréatite se superpose une prolifération tumorale très infiltrante.

Les micro-Kyste isolés sont carcinomateux ; le plus gros kyste est bordé par un épithélium tantot cubique bas, tantot cylindrique, qui tend à se multistratifier et décrit des petites végétations papillaires adéno-carninomateuses. L'épithélium disparait parfois, remplacé par un enduit nécrotique. La glande pancréatique atour est envahie par un adénocarcinome excrétotubulaire.

Il s'agit donc d'un cystadénocarcinome ayant envahit le pancréas alentour et développé dans une pancréatite chronique et lithiasique.

Actuellement, ce malade revu en mars 1973 va bien.

Ainsi donc, le diagnostic avec les autres kystes peut parfois poser des problèmes histologiques lorsqu'il existe une association.

...

Une autre de ces associations pose un problème, c'est

II - L'association cancer du pancréas-cystadénome

Certains épithéliomas banaux s'accompagnent d'une dégénérescence kystique secondaire. Ce diagnostic a été évoqué dans notre observation 5. Cen'est qu'à la coupe que le diagnostic a été rétabli, et surtout à l'examen histologique : en effet, c'est à la périphérie seulement que l'on trouve des cellules dédifférenciées de nature maligne, épithéliomateuses ; ceci est un bon argument pour affirmer la dégénérescence maligne d'un petit cystadénome plutôt que la dégénérescence kystique d'un carcinome.

En revanche, dans deux cas s'associent en deux places bien distinctes, un épithélioma et un cystadénome (obs. 7 et 9).

OBS N° 9

Madame REB... Eugénie, est agée de 68 ans

Elle est entrée dans le service du Professeur GOSSET pour des douleurs épigastriques et un ictère.

Depuis 30 ans, cette malade se plaint de troubles digestifs très variables :

- parfois douleurs épigastriques post-prandiales tardives, calmées par le repas suivant, et par le décubitus dorsal.

- parfois des douleurs plus vagues, de l'hypochondre droit.

Les divers examens radiologiques n'ont jamais montré de lésion organique.

En novembre 1963, les douleurs deviennent permanentes, une asthénie importante puis un ictère progressif, rétentionnel, s'installent. Ces signes entraînent l'hospitalisation dans le service du docteur HOUSSAY.

A l'examen, malade ictérique, apyrétique, amaigrie.

Gros foie, rate normale, pas d'adénopathie.

Les examens de laboratoire confirment la rétention.

Les radios d'estomac montrent le refoulement de la portion verticale par une masse pouvant correspondre au pancréas.

A la laparoscopie, on signale une masse hilaire imprécise, il n'est pas fait d'exploration vasculaires.

...

L'intervention a lieu le 7 décembre 1963, par le Docteur HIVET.

" Incision de Rio Branco.

Foie de stase, vésicule distendue, les radios per-opératoires montrent une sténose complète du cholédoque sous duodénal.

Le pancréas présente, au niveau du corps, à sa face antérieure, une lésion grosse comme une orange, polykystique, paraissant mobile sur les plans profonds. Devant cette lésion, on évoque le diagnostic de cystadénome, et en l'absence de métastase, l'exérèse est décidée.

La section du pancréas sefait très à gauche. La dissection du corps est aisée, mais les difficultés commencent avec la libération de la veine mésentérique supérieure à laquelle le pancréas est très adhérent.

La cause en est l'existence d'une seconde lésion, présentant l'aspect d'un épithélioma de la tête.

La duodénopancréatectomie céphalique est satisfaisante. "

Après un réveil normal, la malade décède brusquement dans la nuit suivante dans un tableau d'hémorragie interne.

A l'autopsie, on trouve un caillot de sang gros comme un poing en arrière de l'estomac. Quant au moignon pancréatique, il est oedémateux. Il n'y a pas d'autre anomalie pouvant expliquer cette mort brutale.

L'examen de la pièce opératoire, montre au niveau du corps une masse polykystique nettement séparée de la lésion céphalique, blanchâtre, scléreuse et étranglant la portion terminale du cholédoque.

L'examen anatomopathologique est fait par Madame LEVAME.

Le segment corporéal est creusé de kystes à bordure le plus souvent endothéliforme, parfois cubique, adossé à un tissu scléreux, interstiticiel. Ce tissu de soutien est en grande partie hyalin, avec des zones mucoïdes. On ne rencontre ni canal excréteur, ni tissu exocrine.

Les ilots de Langherhans ne comptent que de très rares cellules.

Les prélèvements céphaliques sont différents. Ils comptent des plages de parenchyme pancréatique exo et endocrines, morcelés par une sclérose inflammatoire intersticielle. Ces lésions de pancréatites sont associées à une infiltration néoplasique par des formations tubulaires à bordure cylindrique claire, mucipare. Les lymphatiques identifiables sont le plus souvent injectés par des formations tumorales. Papille et duodénum sont normaux.

...

En conclusion, chez cette malade, il est probable que les douleurs anciennes étaient en rapport avec le cystadénome, et l'ictère et les troubles récents en relation avec l'épithélioma.

Il est donc pas exceptionnel de rencontrer des associations pathologiques : cystadénome et épithélioma ou cystadénome et pancréatite, que le kyste soit bénin ou malin. Ces associations rendent difficile même le diagnostic histologique.

III - Mais le diagnostic le plus difficile est, de beaucoup, celui de la malignité

En effet, les formes de transition entre cystadénome bénin et cystadénome malin, sont nombreuses.

En dehors du cas, simple, où l'histologie est douteuse mais où l'existence d'une métastase lève les doutes, un certain nombre d'observations restent problématiques.

Les cystadénomes bénins peuvent dégénérer, et on a essayé de codifier les arguments en faveur d'une dégénérescence.

Microscopiquement, avant l'ouverture de la pièce l'aspect de ces tumeurs maligne, ou non, est identique.

A l'ouverture, l'écoulement de liquide hémorragique plaiderait en faveur de la malignité ; mais ceci est très inconstant, sur nos douze observations deux malades étaient porteurs de kystes à contenu hémorragique : l'un des deux était bénin, (obs 6) l'autre était le seul (obs 2) sur six formes malignes.

Nous avons relevé dans la littérature un cas de cystadénocarcinome à contenu hémorragique (32), mais aussi un cas de kyste bénin (30).

L'écoulement de liquide mucoïde serait en faveur d'un plus grand potentiel malin (60).

Dans notre série, trois des kystes bénins sont mucipares, et deux kystes malins sont séreux.

Les végétations intrakystiques traduiraient un potentiel malin important. En fait, bien qu'indiquant une forte activité proliférative, les végétations papillaires ne sont pas un argument suffisant pour affirmer la malignité.

...

Sur nos six formes bénignes deux sont papillaires (obs 10 et 7), et sur nos six formes malignes quatre seulement sont végétantes (obs. 2,3,4,8).

Histologiquement, les kystes à bordure haute auraient un plus grand potentiel malin que ceux à l'épithélium cubcide ou endothéliforme.

Sur nos six formes bénignes, trois ont un épithélium cylindrique haut (Obs 7,10,12) ainsi que trois de nos formes malignes (obs. 1,2,4).

Par contre, et sans conteste, la pluristratification est un signe de malignité. On ne la trouve jamais dans les kystes bénins.

Elle s'accompagne toujours de quelques anomalies nucléaires, noyaux hyperchromatiques, irréguliers dans leur taille et dans leur forme, mitoses anormales.

Ainsi donc, dans la grande majorité des cas, le diagnostic de kyste du pancréas est porté par les examens cliniques et radiologiques ; le diagnostic de cystadénome est fait en règle, à l'ouverture de l'abdomen, le problème de la malignité est quelquefois résolu par la présence de métastases ou, la plupart du temps, par l'examen au microscope. Dans les cas douteux, c'est un faisceau d'arguments qu'il faut réunir pour affirmer la malignité. Cependant, si l'irrésolution persiste, il faut agir comme pour un cancer.

| OBS : Sexe | Age | Intervention | Type histologique | Suites opératoires | Survie |
|---|---|---|---|---|---|
| N°1 TAM. | 31 F | Pancréatect. caudale Splénectomie | CystadénoK simple Cell. Cylindriques Mucipare Envahissement = O | Faux kyste pancréatite chro. calcifiante Lithiase du Wirsung | va bien 4 ans |
| N°2 HAM | 28 F | Pancréatect. Caudale Splénectomie | CystédénoK papill. Cell. Cylindriques Mucipare Envahissement =O | Simples | va bien 3 ans |
| N°3 HAR | 67 F | pancréatect. caudale Splénectomie | CystadénoK papill. Envahissement = O | Simples | DCD 19 ans plus tard accident cérébral |
| N°4 BET. | 48 F | Kysto-anastom: puis pancréT.: caudale splénectomie | CystadénoK papill. Cell. Cylindriques Mucipare Envahissement gast. | Simples | va bien 8 ans |
| N°5 GRE | 24 H. | Duodéno-pan- créatec. cépha lique | CystadénoK simple Cell. Cubiques séreux Envahiss. Local | Simples | DCD 4 ans plus tard généralisation néo |
| N°6 CAE. | 51 F. | Pancréatect. caudale | CystadénoK simple Cell. cubiques Séreux | Fistule pancréat. Réintervention | DCD 10ans plus tard Cirrhose éthylique |

| OBS. : Age : Sexe | Intervention | Type histologique | Suites opératoires | survie |
|---|---|---|---|---|
| N°7 : 54 : F<br>GUI. : | Pancréatect. : caudale : splénectomie : métastasect. : Colect. partie. | Cystadénome papill : Cell. cylindriques : épithélioma associé | Fistule biliaire : Infarctus myocarde | DCD 4 mois plus tard angiocholite et septicémie à GRAM |
| N°8 : 66 : H<br>VAS. : | Pancréatect. : caudale : splénectomie : secondaire | CystadénoK papill : Cell. cubiques : séreux : pancréatite : Envahiss. Local++ | Ulcère gastrique : Réintervention | va bien : 1 an |
| N°9 : 68 : F.<br>REB : | Duodéno-pancre Atect. Cépha. | Cystadénome simple : Cell. endotéliforme : Mucipare : Epithélioma associé | Décès post-opérat. : Hémorragie pancréaT | |
| N°10 : 16<br>BOM. : | Marsupialisation | Cystadénome papill : Cell.cylindriques : Mucipare | Simples | Douleurs épigastriques. Rx douteuses : Dégénérescence; 9ans |
| N°11 : 52 : H<br>CAD : | Kystectomie | Cystadénome simple : Cell. cubiques : séreux | fistule pancréatique : fermeture spontanée | va bien : 9ans |
| N°12 : 32 : F.<br>GUI : | Pancréatect. : caudale : splénectomie | Cystadénome simple : Cell. cylindriques : Mucipare | Faux kyste : réintervention | va bien : 1ans |

## EVOLUTION ET TRAITEMENT

L'évolution des cystadénomes est dominée par le problème de la dégénrescence. Le traitement doit donc découler de ce principal risque évolutif.

Sur le plan thérapeutique, deux conduites sont possibles en face d'une forme bénigne :

- la concervation qui consiste en une kystectomie partielle

- l'exérèse ce peut être une kystectomie, une pancréatectomie caudale, une duodénopancréatectomie céphalique.

En principe, connaissant justement le risque de dégénérescence, l'exérèse est l'intervention de choix, cependant les conditions anatomiques, ou physiologiques, ont quelquefois conduit à une chirurgie conservatrice.

### Les interventions conservatrices ou kystectomie partielle

Ont pour but d'éviter une intervention d'exérèse qui serait trop choquante, ou ferait courir trop de risque à la malade, compte tenu

- de l'état général
- de l'age, trop jeune ou trop vieux
- de la position du kyste

Cette intervention est soit une marsupialisation, soit surtout actuellement, une dérivation interne, kysto-anastomose gastrique ou jéjunale.

L'avantage de ces interventions est leur rapidité et leur absence de mutilation.

C'est la solution que nous avons choisi pour notre observation 10. Nous nous trouvions devant une jeune fille de 16 ans, porteuse d'un kyste volumineux de la tête du pancréas, cystadénome à priori bénin.

L'exérèse complète se faisait au prix d'une duodéno-pancréatectomie céphalique que nous avons jugée trop mutilante en raison du jeune age de la patiente et de la bénignité de la maladie.

### OBS N°10

...

Mademoiselle BOM... Annie, agée de 16 ans, est hospitalisée le 26 septembre 1964 dans le service du Professeur CONTE.

Dans ses antécédents, on relève un ictère infectieux à l'age de 6 ans, ainsi que de fréquentes angines dans l'enfance, une appendicectomie une amygdalectomie.

L'affection actuelle débute environ trois mois avant l'hospitalisation, par des douleurs épigastriques à type de brule continue, dans horaire, indépendantes de la qualité des mets ingérés ; elles irradient dans le dos. De plus, la patiente souffre de ballonnements post-prandiaux avec éructation et hoquet fréquents. Les selles sont normales. Un traitement médical par le Buscopan est sans effet. Les troubles ne font que s'aggraver.

A l'examen, on trouve une jeune fille en assez bon état général, bien qu'amaigrie (perte de 8kg). Elle est apyrétique, non ictérique.

La palpation de l'abdomen ne revèle rien de particulier et l'examen cardio-vasculaire et pulmonaire est normal.

Un transit baryté met en évidence une compression extrinsèque au niveau du 2ème duodénum. La masse tumorale est de la grosseur d'une mandarine, confirmée par un cinéma. (Photo N° 1).

A la cholécystographie orale, la vésicule et les voies biliaires sont normales ; il n'y a pas d'explorations vasculaires.

L'intervention a lieu le 8 novembre 1964, par le Docteur HIVET.

" Incision médiane à cheval.

L'exploration del'abdomen montre, au niveau de la face antérieure de la tête du pancréas, une formation kystique de la taille d'une mandarine. Il est impossible d'énucléer cette masse du parenchyme pancréatique, et elle adhère, par ailleurs, intimement à la paroi duodénale. Le reste du pancréas est sain.

La ponction directe de la masse ramène environ 60cc d'un liquide clair, séreux. A l'ouverture de cette poche, apparaissent de nombreux replis formant logettes, qui font évoquer le diagnostic de cystadénome. Par ailleurs, il existe, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, de petits ganglions macroscopiquement d'aspect banal.

Prélèvement pour histologie.

L'attitude opératoire est difficile à trancher. La meilleure solution serait une exérèse totale, soit une duodéno-pancréatectomie céphalique,

...

mais les séquelles de cette opération chez une jeune fille de 16 ans font hésiter.

L'intervention se limite à une excision de la plus grande partie de cette tumeur kystique , laissant le fond , dans lequel on place une sonde en plastique qui sort par le duodénum, au genu inferius, selon un montage à la Volker. Le reste de la poche est suturé par des points séparés. A la duodénostomie , la muqueuse duodénale se révèle parfaitement saine."

L'histologie est faite par Madame CONTE.

" On met en évidence deux zones:

- extérieurement une coque lamellaire hyaline, d'épaisseur à peu près constante, acelluliare, peu vascularisée.

- intérieurement, un tissu plus differencié, plus ou moins épais, revêtu de façon discontinue par un épithélium cylindrique haut, mucoïde, sécrétant, unistratifié. Ce revêtement est abrasé çà et là; il n'y a aucun caractère de malignité, pas de zone de multistratification, pas d'anomalie cytologique, dans les nombreux prélèvements examinés.

L'aspect cannelé est réalisé par des franges papillaires qui se projettent dans la lumière. Elles sont plus ou moins développées. Toutes ont des axes conjonctifs relativement épais, fasciculés et hyalins, pourvu de vaisseaux capillaires et l'assise épithéliale cylindrique coiffe ces axes, régulière, unistratifiée, parfaitement bénigne.

Le ganglion prélevé est normal.

Il s'agit d'un cystadénome pancréatique bénin."

Les suites opératoires de cette malade ont été simples.

° Elle a été revue en février 1966, se plaignant toujours de douleurs épigastriques, mais les radios digestives ne montraient aucun signe de récidive.

Cette malade a été ensuite perdue de vue.

Nous l'avons retrouvée pour cette étude, en juin 1973; elle est mariée, a un enfant, a pris un certain nombre de kilos, mais se plaint encore de douleurs épigastriques.

La radio digestive montre à nouveau une encoche sur le duodénum; cependant les artériographies sont normales. Nous nous proposons de la revoir dans quelques mois, et éventuellement de réintervenir.

Mais l'inconvénient majeur de cette méthode de traitement des cystadénomes est mis en évidence ici, c'est la crainte permanente d'une dégénérescence.

....

En effet, l'aspect des cystadénomes, et des cystadénocarcinomes, leur similitude de localisation, d'age, de sexe, suggère la possibilité d'une dégénérescence. La présence dans les formes malignes , de zones microscopiquement bénignes, tend à renforcer cette hypothèse.

Un certain nombre de cas ont été publiés, où, à l'évidence, la tumeur existait depuis de nombreuses années avant de devenir maligne.

Dans notre observation 5, le fait qu'à la périphériede la lésion, on observe une zone dans laquelle les éléments épithéliaux perdent leur morphologie pour prendre un aspect dédifférencié correspondant à une nature maligne, est un argument en faveur de la dégénérescence. Un cystadénocarcinome d'emblée aurait donné des lésions malignes plus diffuses, et plus centrales.

WARREN (77) rapporte dans sa série, deux cas de malades déjà opérés de cystadénomes bénins, et réopérés pour cystadénocarcinomes. Le premier avait été opéré 7 ans auparavant, avait eu une marsupialisation de son kyste; il était revenu 7 ans plus tard pour une masse abdominale. A la reintervention on découvrit un cystadénocarcinome. Le second avait été opéré 3 ans plus tôt, avait eu également une marsupialisation, et revenait 3 ans après avec une fistule pancréatique; là encore il s'agissait d'une forme maligne à la réintervention.

PROBSTEIN (59) rapporte le cas d'une femme de 24 ans, opérée d'un gros cystadénome du corps du pancréas, non végétant, traité par énucléation. 8 ans plus tard, à l'occasion d'une césarienne, on découvre un second kyste; il est simplement marsupialisé. Les examens histologiques montrent un cystadénome bénin végétant. Trois mois plus tard, se produit par la pliae opératoire, un écoulement, une hémorragie, puis l'issue de débris, qui, éxaminés, se révèlent être néoplasiques. A la réintervention, cystadénocarcinome.

MONSAINGEON (46) rapporte le cas d'une femme de 43 ans opérée d'un cystadénome, simplement marsupialisé, revenue 6 ans plus tard avec une masse abdominale. Il s'agissait , là aussi, d'un cystadénocarcinome.

SHULMANN (65) rapporte le cas d'un malade de 63 ans, opéré d'un cystadénome bénin, anastomosé au jéjunum, et qui, 6 ans plus tard avait été réopérée pour cystadénocarcinome.

SPEESE(68) rapporte le cas d'un cystadénome drainé, qui, 10 ans plus tard, a donné un envahissement pariétal.

Pour en revenir à notre observation, nous avons actuellement 10 ans de recul et un doute. Les dernières radiographies gastriques montrent des anomalies d'apparition récente, et la patiente se plaint de douleurs épigastriques. Il n'y a pas d'altération de l'état général, mais si le traitement médical d'essai reste inefficace, dans trois mois nous nous proposerons une intervention de second look.

Il est troublant de noter dans la littérature que tous les kystes bénins enlevés en totalité aient eu des suites simples à long terme, sur le plan pancréatique et néoplasique, alors que presque tous les cystadénomes enlevés partiellement se sont cancérisés.

Quand l'éxérèse est complète, on peut avoir un examen histologique de toute la pièce, permettant d'affirmer la bénignité du kyste tout entier. Mais au cours d'une intervention conservatrice, seule une partie du kyste est enlevée et examinée. On pourrait donc penser, puisque nous avons vu des cystadénocarcinomes où la malignité est localisée, que la portion laissée en place contenait des éléments malins, alors que la portion réséquée n'en contenait pas . Nous pensons que c'est le cas du patient relaté par PROBSTEIN, car le délai entre la marsupialisation et l'apparition des signes de malignité est très court (3 mois).

Cette répartition du hasard est difficile a admettre.

Nous pensons que tous les kystes bénins, quel que soit le nombre de leur locule, ou l'état de leur secrétion, ont le même pouvoir de dégénérescence. Leur évolution vers la malignité, se fait à plus ou moins long terme, mais la seule chance que l'on puisse donner à ces malades, d'une survie sans ombre, est l'éxérèse totale quelle que soit l'importance du geste que l'on est amené à faire.

Les interventions d'éxérèse

Elles sont variables selon la pédiculisation, les connections et la localisation du cystadénome.

L'intervention d'éxérèse la plus simple est la kystectomie sur un cystadénome pédiculisé. (14 - 24). C'est une intervention facile, qui n'est grevée d'aucune complication post-opératoire particulière, si ce n'est les complications habituelles de toute chirurgie, les embolies (16 - 17), et celles plus particulières à la chirurgie sus-mésocolique, les abcès sous phréniques (50).

Une autre intervention d'éxérèse relativement simple est la kystectomie par énucléation. En plus de la capsule du kyste, existe une fausse capsule, constituée par du tissu pancréatique écrasé au contact du kyste. CEci peut donner un plan de clivage pour l'énucléation, quelle que soit la localisation du kyste.

C'est l'attitude que nous avons eu dans notre observation 11.

OBS N° 11

Monsieur CAD... Ernest est âgé de 52 ans en 1954.

En novembre, il consulte pour une tuméfaction douloureuse apparue progressivement après une période de quelques semaines de douleurs post-prandiales plus ou moins vives, mais de courte durée. Cette douleur et cette tuméfaction sont en apparence isolées, sans altération de l'état général, ni troubles digestifs.

A l'examen, on trouve une tuméfaction profonde, épigastrique, un peu à droite, de la ligne médiane, indépendante du foie et des mouvements respiratoires. Cette masse est difficile à délimiter.

Les examens radiographiques montrent un refoulement et une compression de la région antro-pylorique, variable selon la position du malade. Les voies biliaires et le colon sont normaux.

Les examens biologiques ne montrent rien d'anormal.

On pose le diagnostic de tumeur ou de kyste de la tête du pancréas, et on intervient le 22 novembre 1954, Professeur CHATELIN.

"La tumeur est un kyste poly-lobé par des cloisons de fefend (individualisant 3 kystes), implantée sur la face antérieure du pancréas, dans la région de la tête, bombant dans l'arrière cavité des épiploons. Cette masse déforme la face postérieure de la région antro-pylorique ; elle a la taille d'une grosse orange.

La ponction exploratrice ramène un liquide clair (ne contenant pas de scolex), et permettant d'écarter le diagnostic de kyste hydatique qui avait été évoqué.)

La dissection soigneuse permet d'énucléer ce kyste de la face antérieure du pancréas, avec un minimum de dégats pancréatiques. Il persiste en fin d'éxérèse une petite cavité céphalique dans le pancréas, mais on ne voit pas de canalicule pancréatique s'aboucher dans la lésion."

Dans les suites opératoires, se produit un abondant écoulement deliquide pancréatique pendant 15 jours. Puis l'écoulement diminue progressivement et la fistule se ferme au 35ème jour post-opératoire.

Ce malade a été revu régulièrement, il est en bon état en février 1973.

.../...

L'examen histologique a été fait par Madame GASNE.

"Kyste comprenant 3 cavités séparées par des cloisons fibreuses épaisses, contenant des éléments pancréatiques plus ou moins laminés. Il existe de nombreux infiltrats inflammatoires.

Les cavités sont bordées par un épithélium cubique plus ou moins déformé, quelquefois étiré, donnant un aspect endothéliforme. Il existe de rares aspects adénomateux, mais aucune transformation maligne.

Il s'agit d'un cystadénome serreux simples du pancréas."

Dans la plus grande majorité des cas, les suites opératoires de ces énucléations sont simples (27 - 30 - 58 - 71).

Parfois, et ce fut le cas de notre malade, apparaît une fistule pancréatique qui se tarie en règle spontanément en quelques semaines (1).

Lorsque le kyste n'est pas pédiculisé, et que l'énucléation est impossible, l'éxérèse dépend alors de la localisation du kyste.

Les cystadénomes du corps et de la queue du pancréas sont justiciables de pancréatectomie caudale ou corporéo-caudale, avec ou sans splénectomie, selon les conditions anatomiques.

C'est l'intervention le plus souvent réalisée, puisque les cystadénomes se localisent électivement dans la queue du pancréas. Sur nos 6 cystadénomes, 3étaient dans la queue du pancréas et ont eu une pancréatectomie caudale (Obs. 6 - 7 - 12). Les suites des pancréatectomies caudales et corporéo-caudales sont en règles simples (38 - 44) ; mais quelquefois apparait un faux kyste, et on peut être amené à réintervenir. Ce fut le cas de notre observation 12, où l'on réintervint 1 mois plus tard.

OBS N° 12

Madame GUI... Raymonde est âgée de 32 ans.

Elle n'a pas d'antécédent particulier, si ce n'est une appendicectomie en 1967.

Elle est admise le 28 janvier 1972 pour des douleurs sous-costales gauches , évoluant par crises aigues. Ces douleurs ont débuté il y a 8 jours. Il n'y a pas de vomissements pas de nausées, pas de troubles du transit, mais la température est à 38°5.

.../...

L'examen clinique trouve une énorme masse de l'hypochondre gauche, assez mobile, et surtout visible à jour frisant, car déterminant une voussure de la région. La malade révèle que cette voussure est apparue un an plus tôt.

Les radiographies d'estomac, le lavement baryté, les urographies montrent un refoulement des divers organes par une masse très volumineuse de l'hypochondre gauche; que l'on prend pour une grosse rate.

Les examens biologiques sont normaux.

L'intervention est effectuée le 4 février 1972 , par le Docteur ABRAT.

" Incision abdomino-thoracique gauche.

La rate est légèrement hypertrophiée, mais n'est pas en cause.

Après effondrement du ligament gastro-colique, on constate qu'il s'agit d'un énorme kyste pluri-loculaire du bord inférieur de la queue du pancréas.

Cette masse adhère au mésocolon transverse. Après dissection de la masse, de proche en proche, et libération des organes de voisinage, on constate que la masse ne tient plus qu'à la queue du pancréas qui est laminée.

Hémi-pancréatectomie gauche enlevant en bloc, la rate, la masse tumorale, la moitié gauche du pancréas." (Photo N° 3).

L'histologie de la pièce est faite par le Docteur MARTIN.

"C'est une volumineuse masse kystique à coque collagène épaisse, fibreuse. Elle contient plusieurs logettes à contenu mucoïde. Il existe en superficie des remaniements nécrobiotiques.

Sur les différents prélèvements, cette coque est revêtue par des reliquats de cellules cylindriques claires muco-secrétantes, et par des débris nécrobiotiques en voie de résorption macrophagique.

On trouve dans l'épaisseur de la coque, et en plusieurs points, des formations cavitaires qui sont séparées les unes des autres par un tissu fibreux assez dense; et qui sont toutes bordées par un épithélium cylindrique clair, muco-sécrétant, unistratifié, régulier.

En conclusion il s'agit d'un volumineux cystadénome du pancréas, en grande partie inflammatoire et sans aucun signe de malignité."

.../....

Les suites opératoires sont simples; la malade sort 15 jours après l'intervention.

Moins d'un mois après sa sortie, elle revient pour des douleurs épigastriques brutales accompagnées de vomissements. A l'examen ,on découvre une défense épigastrique.

Les radios d'estomac montrent l'existence d'une masse postérieure refoulant celui-ci en avant. Ceci est confirmé par la gastroscopie.

On réintervient le 3 mai 1972.

Il s'agit d'un faux kyste du pancréas sur lequel on pratique une anastomose kysto-gastrique postérieure.

Les suites de cette réintervention sont simples, et la malade se porte actuellement très bien.

Les kystes de la tête du pancréas qui ne peuvent être enlevés par kystectomie, sont justiciables d'une duodéno-pancréatectomie céphalique.

Cette intervention qui enlève une grande partie de l'estomac, le duodénum, la tête du pancréas, et qui oblige à une anastomose gastro-jéjunale, cholédoco-duodénale, et pancréatico-duodénale, est une intervention choquante.C'est ce qui explique l'hésitation sur certains terrains défavorables, ou trop jeunes (obs.IO). C'est pourtant la seule chance de survie sans risque de cancérisation secondaire. Nous avions trois formes bénignes localisées à la tête du pancréas; l'une a été traitée par énucléation, une autre était associée à un épithéliuma de la tête et a subi une duodénopancreatectomie céphalique, mais est décédée la nuit suivante ,et la dernière, justement en raison de la gravité du geste opératoire, a été seulement dérivée. Et avec le recul de 10 ans, nous craignons une dégénérescence. Becker (3), dans sa statistique , rapporte 10 cas traités par duodénopancréatectomie céphalique, avec un seul décès post opératoire.

Nous pensons donc, qu'une telle intervention, malgré les risques qu'elle comporte dans l'immédiat, se justifie devant une tumeur bénigne, à cause du risque de dégénérescence à long terme.

.../...

Quant au traitement des formes malignes, et surtout leur pronostic, ils dépendent essentiellement du degré d'envahissement , et des possibilités d'éxérèse. Les cystadenocarcinomes évoluent lentement et donnent des envahissements locaux avant d'être généraux. Ils semblent se propager plus par contiguité que par voie lymphatique ou sanguine.

Ils envahissent en règle le pancréas adjacent, l'estomac (obs.4), le colon, et sur le plan métastatique, le foie, le péritoine.

6 de nos patients étaient porteurs d'une forme maligne.

3 de ces malades avaient des lésions déjà évoluées:

- Le premier avait un envahissement pancréatique peu important et un envahissement cholédocien. Malgré une éxérèse large (duodénopancréatectomie céphalique), il est décédé 4 ans plus tard d'un généralisation néoplasique.
- Le second avait un envahissement pancréatique sans autre lésion visible. Une pancréatectomie caudale a été pratiquée. Le recul est peu important, mais à un an d'intervalle, le malade va bien.
- La dernière malade avait un envahissement gastrique (ouverture d'un bourgeon néoplasique). Elle a eu une pancréatectomie caudale large, et actuellement, avec 8 années de recul, la malade va parfaitement bien.

Parmi les 3 malades porteurs de forme peu évoluée, nous avons actuellement une survie de 3 ans, la malade va bien ; une survie de 4 ans, la malade va également bien ; une survie de 19 ans, la malade est décédée d'ictus.

Le pronostic des formes malignes localisées est donc très bon dans la mesure où une éxérèse totale peut être effectuée. De ce fait, il obéit au principe de la chirurgie des tumeurs malignes qui peuvent être guéries par éxérèse totale large.

Par contre, le pronostic des formes évoluées reste très réservé : même une éxérèse très large est parfois décevante (Obs. 5) , cependant c'est la seule intervention qui puisse faire envisager une survie prolongée (Obs 4).

Si l'extension est telle que le cystadénocarcinome ne puisse être enlevé, on a recours à des interventions palliatives. Non pas tant la marsupialisation qui ne draine pas tous les kystes et dont le trajet peut se cancériser, que les dérivations internes : kysto-gastrostomie, kysto-jéjunostomie.

Parfois on est même conduit à ne faire que de simples dérivations digestives ou biliaires. Le pronostic est alors très mauvais, cependant, l'évolution lente de ces tumeurs a permis parfois une survie appréciable (65) .

.../...

## CONCLUSION

Dans cette étude 12 cas de cystadénomes bénins et malins du pancréas sont rapportés et comparés aux quelques 200 cas publiés jusqu'à ce jour dans la littérature.

Ces tumeurs pancréatiques rares posent des problèmes diagnostiques, évolutifs et thérapeutiques.

Elles se présentent assez souvent sous la forme d'une masse palpable dont l'origine pancréatique est prouvée par les examens radiologiques; seul l'examen histologique permet d'affirmer le diagnostic de cystadénome.

En dehors des compliaations mécaniques, l'évolution d'un cystadénome est menacé d'une transformation maligne qui semble inéluctable.

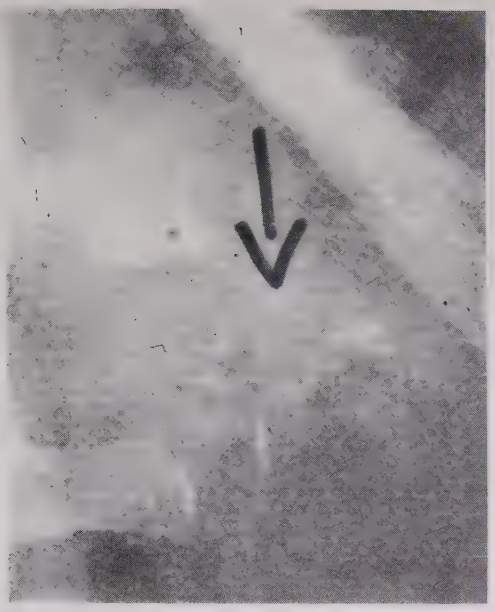
Ce risque évolutif doit guider les décision thérapeutiques.

La chirurgie d'éxérèse semble toujours préférable, que les cystadénomes soient bénins ou malins.

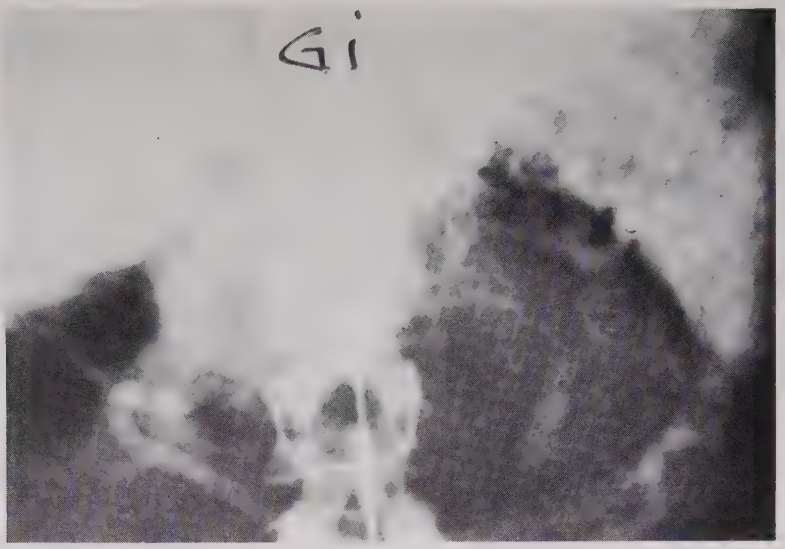
Les formes malignes doivent être enlevées au maximum. Certaines interventions élargies, peu satisfaisantes sur le plan carcinologique, ont permis des survies prolongées. Une intervention palliative peut-être indiquée en tenant compte de la lenteur de l'évolution.

Les formes bénignes doivent être enlevées en totalité quelles que soient la localisation et l'importance de l'éxérèse nécessaire, d'autant plus qu'il s'agit souvent de malades jeunes et en bon état général.

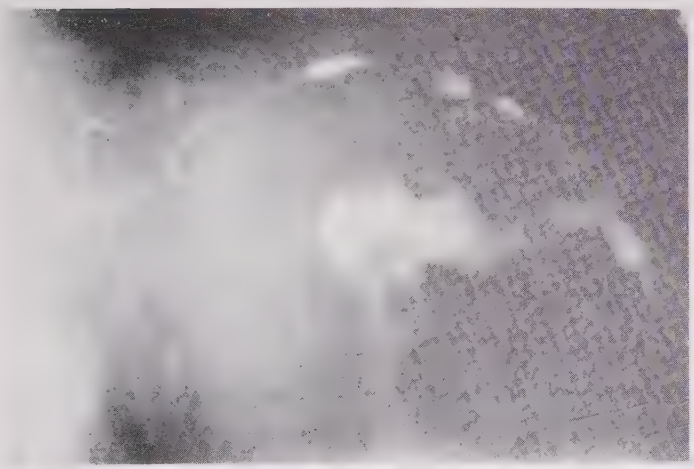
C'est la seule intervention qui écarte le risque de dégénérescence.



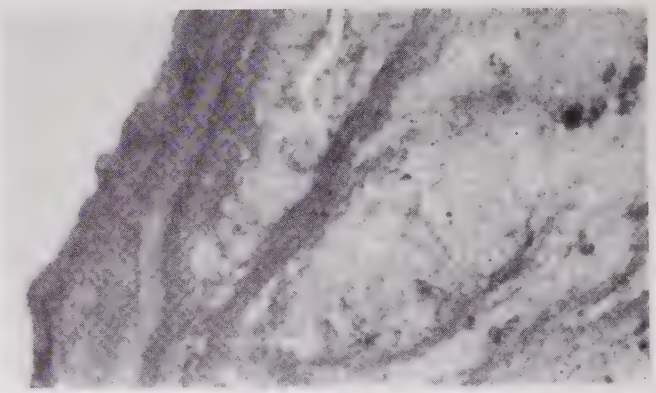
Calcifications de l'hypochondre gauche spontanément visibles




Hypertension portale segmentaire. Compression de la veine splénique et dérivation par l'arcade gastro-épiploïque



Compression du Wirsung à sa partie moyenne, laminé et refoulé dans sa portion caudale. Absence d'opacification de la masse tumorale.



Coupe histologique en bordure du kyste : juxtaposition d'un cystadénome et d'un carcinome acino-trabéculaire

Tranche de section de la pièce opératoire : de haut en bas, kyste trabéculaire et cancer infiltrant la paroi colique

BIBLIOGRAPHIE

1. Ayella A.S., Howard J.M.,Grotzinger P.J.- Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. Am. J. Surg., 1962, 103 242.

2. Bazterrica, Mazzariello, Collilas.- Cistadenoma del pancreas. Rev. Ass. Med. Argent., 1956, 70, 214.

3. Becker W.F., Welsh R.A., Pratt H.S.- Cystadenoma and cystadenocarcinoma of the pancreas. Ann., Surg., I965, I6I, 845

4. Bonaccorsi G. and coll.- Ann. Ital. Chir., I963, 40, 6I9.

5. Bravo.- A clinico-pathological study of cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancreas. I947. Rochester these Faculty to graduate school of the university of Minnesota.

6. Brunschwig A.- Surgery of pancreatic tumors. I942. Mosby Edit. St. Louis.

7. Campbell and Cruckshanck- Journal of clinical pathology. I962. I5, 432.

8. Caroli J., Welter E., Eteve J.- A propos d'un syndrome de pancréatite polykystique au cours d'une lésion polykystique du pancreas. EMC Mal. Foie , I964, 34, 4.

9. Carter R.F.,Slattery L.- Cystadenoma of the pancreas. Am. J. Dig Dis., I936, 3, 705.

10. Castiglioni G.C., Pizzeco E.- Chirurgische térapie der pancreascysten. Chir. Praxis. I964,8,495.

II. Cattell R.B., Warren K.W.- Surgery of the pancreas.I953, ,I62, Saunders.

I2. Cornes J.S.,Azzopardi J.G.- Papillary cystadenoma of the pancreas with reportof two cases. Brit. J. Surg., I959, 47, I39.

13. Cullen Jr.P.K., Remine W.H., Dahlin D.C.- Pathological study of

of cystadenocarcinoma of the pancreas. Surg. Gyn. Obst., I963, II7, I89.

I4. Delannoy E., Combemale B.- Cystadenome du pancreas , énucléation, guérison. Mem. Acad. Chir., I964, 90, 52I.

I5. Delerue D.- Traitement chirurgical par exerèse des cystadénomes pancreatiques (a propos de deux observations). Thèse Med. Lille.I969.

I6. Francillon J., Vignal J., Deroissard J.P., Lesbroc F.- Un cas de cystadenome du pancreas. Lyon Chir., I969, 65, 436.

I7. Francillon J., Vignal J., Tissot E., Moulay A.- Cystadenomes du pancreas. Mem. Acad. Chir., I972, 98, 744.

I8. Gaucher A., Girardin R., Hivet M.- Cystadenomes et cystadenocarcinomes du pancreas. Ann. Chir., I967, 2I, 973.

19. Glenner G., Mallory G.K., - The cystadenoma and related non fonctional tumors of the pancreas . Cancer N.Y., I956, 9, 980.

20. Grandclaude, Delannoy, Drissen- Ann. Ana. Path., I934, 5, 433.

2I. Grimoug M., Ribet A., Pascal J.P.- Hypertension portale segmentaire par cystadenome bénin du pancréas . Chirurgie I97I, 97, 827.

22. Grunberg A., Blair J.L., Hill C.A.- Congestive splenomegaly due to pancreatic cystadenoma . Brit. J.Surg., I952, 2, 265.

23. Gundersen A.E., Janis J.F.- Pancreatic cystadenoma in childwood. Report of a case. Journal of Pediatric surgery . I969, 4, 478 .

24. Hardaway R.M., Lockhood H.-- Cystadenoma of the pancreas. Am. J. Surg., I964, 88, 97I.

25. Hepp J., Mercadier M.- Sur une statistique de 36 cas de kystes et de pseudo-kystes du pancreas . Arch. Ftanc. Mal. App. Diges I959, 48, I87.

26. Hivet M., Lagadec B.- Cysta denome de la queue du pancreas. Sem. des Hop. Paris, I97I, 47, I530.

27. Jemerin E.E.- Cystadenoma of the pancreas. Ann. Surg. ,I948, I27, I58.

28. Jiran B.- Zbl. Chir., I96I, 85, I399.

29. Kennard H.E.- Cystadenocarcinoma of the pancreas. Surg., I94I, 9, 65.

30. Kropff G., Boeffard J., Kerneis J.P., Thiraud- Cystadenome du pancreas traité avec succès par exérèse. J.Chir., I960, 80, 476.

31. Lamarca S. and coll.- Minerva Chir., I965, 20, 47.

32. Lateri S., Recca G.- Cysticopapilliferous adenoma of the tail of pancreas. Arch. Ital. Surg., I96I, 87, 295.

33. Lawton , Mosey- Pancreatic cysts. Arch. Surg. I954, 68, 734.

34. Leonardi S., Gorgones S.- On the pancreatic cystadenoma. Arch. Ital. Ana. Path.,I959, 33, 294.

35. LichtensteinL.- Papillary cystadenocarcinoma of the pancreas. Case report. With notes on the classsification of malignant cystic tumors of the pancreas . Amer. J. Cancer., I934; 21, 542.

36. Litvak I.M.- Papillary cystadenoma of the pancreas causing portal hypertension. Vestn. Khir. Grekov., I96I, 86, I8I.

37. Mahorney H.R., Mattson H.- Etiology and pathology of cystadenoma of pancreas. Arch. Surg., I93I, 22, IOI8.

38. Malby P., Haber H., Kerneis J.P.,Bouvet M.- Cystadénome multiloculaire du pancreas ( cystadenome vrai). Mem. Acad. Chir., I965, 9I; 32I.

39. Masson- Tumeurs humaines. Maloine Edit. Paris. I955, 584.

40. Meel J.P.- Cystadenoma of the pancreas . Arch. Chir. Neerl., I956, 8, I74.

4I. Menozzi L., MassettoI.- Cystoadenoma del pancreas in diabetico. Gior. Clin. Med., I956, 37, I455.

42. Mercadier M. - Les kystes du pancreas. Rev. Med. Chir. Mal. Foie I956, 3I, I.

43. Metze- Uber zystadenomae des pancreas . Zbl. Chir., I964, 89, I3IO.

44. Mialaret J., Chomé J.- Cystadenome mucoïde bénin du pancréas. Mem. Acad. Chir. ,I963, 89, 660.

45. Miller J.R., Baggenstoss A.H., Comfort M.W.- Carcinoma of the pancreas. Effect of histological type and grade of malignancy on its behaviour. Cancer. I95I, 4, 233.

46. MonsaingeonA., Milliez P., Rubens -Duval A.- Vrai kyste de la queue du pancreas traité par exérèse partielle. Arch. Mal. App. Dig., I952, 4I, 668.

47. Morl F.K.--Ergebnisse der chirurgischen behandlung von echten und pancreas pseudo zysten. Zbl. Chir., I964, 89, I698.

48. Mozan A.A.- Cystadenoma of the pancreas. Am.J.Surg., I95I, 8I, 204.

49. Mozes M., Bogowski H.- Les cystadenomes papillaires du pancreas. A propos d'un cas chez une jeune fille de I5 ans. Lyon Chir., I963, 49, 499.

50. Murray J.B., Spier J.J.- Cystadenoma of the pancreas. Report of two cases . AM. J. Surg., I96I, IOI, 500.

5I. Nelson A.R.- Sequential primary tumors of the pancreas. Arizona Med., I969, 26, 793.

52. Pageaut G., Leclerc D., Gilse P., Oppermann A.- Les cystadénomes du pancreas. Mise au point. Med. Chir. Dig., I972, I, 307.

53. Perseaud V., Walrond E.R.- Carcinoid tumor and cystadenoma of the pancreas. Arch. Path. I97I, 92, 28.

54. Piper C.E., Remine W.H., Piestley J.T.- Pancreatic cystadenoma J. Am. Med. Ass., I962, I80, 648.

55. Plauchu M., Guillemain G., Spray G., Gilly J.- Cystadenomes du pancréas. Mise au point à propos de deux observations. J. Med. Lyon, I967, 48, II45.

56. Polak E., Skamenova B., Kudisman J.- Duodénopancreatectomie totale pour une tumeur bénigne. Lyon Chir., I960, 56, 38.

57. Potet F.- Anatomo-histologie du pancreas et classification anatomo-pathologique sommaire des tumeurs. Rev. Prat. I969, I9, 2845.

58. Prevost A.G., Lebrun J.H.- A propos de deux observations de kystes vrais du pancreas. Arch. Mal. App. Dig., I96I, 50, 356.

59. Probstein J.G., Herman T., Blumenthal M.D.- Prgressive malignant degeneration of a cystadenoma of the pancreas. Arch. Surg., I960, 8I, 683.

60. Ribet M., Wurtz A., Mortier F., Honcke M.- Cystadénomes et cystadénocarcinomes du pancreas. Chirurgie, I972, 98, 736.

6I. Rowe P.G.- Papillary cystadenoma of the pancreas. Can. Med. Ass. J. , I956, 74, 724.

62. Rudler J.C.- Deux cas de kystes vrais du pancréas. Lyon Chir. I953, 49, I47.

63. Sawyer K.C., Spencer J.R., Lubchenko A.E.- Proliferative cysts of the pancreas . Ann. Surg., I952, I35, 549.

64. Scalvini L.- A rare tumor of the pancreas: cystadenoma. Minerva Chir., I960, I5, I207.

65. Shulmann A.G., Lippmann R.W., Miller W.- Internal drainage of malignant pancreatic cyst as an effective palliative procedure. Amer. J. Surg. ,I96I, I02, 470.

66. Soloway H.B.- Constitutional abnormalities associated with pancreatic cystadenomas. Cancer, I965, I8, I297.

67. Sommers S.C., Meissner W.A.- Unusual carcinoma of the pancreas Arch; Ana. Path., I954, 58, IOI.

68. Speese J.J.- Cystadenoma of the pancreas with extension to the abdominal wall ten years after drainage of the pancreatic cyst. Ann. Surg., I9I5, 6I, 759.

69. Tagarello P.- Adenoma cystico del pancreas. Arch. Ital. Mal. App. Dig., I95I, I7, 325.

70. Trapnell D.H.- Cystadenoma of pancreas . Description of a case and review of symptomatology . Brit. J. Surg., I954, 4I, 574.

7I. Trasino M., Landenzi C.- Contributo allo studio del cistadenoma pancreatic. Minerva Gastroenter. , I963, 9, 83.

72. Van Damme L. and J., Froelich A., Gerard J.- Cystadenomes et cystadenocarcinmes du pancreas. Acta Gastroenter. Belg. , I967, 30, 225.

73. Vernhet M.J.- Cystadénocarcinomes pancréatiques. Mem. acad. Chir., I963, 8, I74.

74. Van Meel P.J.- Cystadenoma of the pancreas . Arch. Chir. Neerl. I956, 89, 82l.

75. Warren K.W., Cattell R.W., - Pancreatic surgery. New Engl. J. Med. ,I959, 26I, 387.

76. Warren K.W., Athanassiades S., Frederick P.- Surgical treatment of pancreatic cysts. Review Of I83 cases . Ann. Surg., I966, I63, 886.

77. Warren K.W., Hardy K.J.- Cystadenocarcinoma of the pancreas, (I7 cases). Surg.Gyn. Obst., I968, I27, 734.

78. Wynne J.M.- Spontaneous intra-péritoneal rupture of a papillary cystadenoma of the pancreas. S. AFR. Med.,I967,4I, II73.

79. Young E.L.- Pancreatic cystadenomas. Report of a case. New engl. J.Med., I937, 2I6, 334.

80. Zintel H.A., Enterline H.T., Roads J.E.- Benign cystadenoma of the pancreas. Surgery , I954, 35, 6I2.